

LES **DO**

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



REVUE D'INFORMATIONS MÉDICALES
ET PROFESSIONNELLES DE LA **Sage-Femme**

#497 DÉCEMBRE 2019

46^e année ISSN 0767-8293



ÉTUDE
**ÉVALUATION
DES MAISONS
DE NAISSANCE**

OBSTÉTRIQUE L'analyse du RCF - Étapes de reconnaissance et de récupération

GYNÉCOLOGIE Mère, enfant, placenta: un espace trin. Entre mythes et réalités, une perspective psychanalytique est-elle possible? **2^e PARTIE** ● Le pneumothorax cataménial

SANTÉ PUBLIQUE **ÉTUDE** ● Évaluation des Maisons de Naissance - Synthèse du rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France

SCIENCES HUMAINES L'enjeu de l'hydratation ● Devenir et être Sage-femme en France en 2018
(suite de l'étude sociologique)

Savoir distinguer le vrai du faux sur le liniment

Tous les liniments sont identiques.

FAUX. La Pharmacopée Française VIII^{ème} édition définit le liniment comme une "préparation liquide contenant divers principes médicamenteux dissous ou en suspension dans un véhicule approprié. Il est généralement constitué par une huile médicinale ou par un mélange de corps gras, parfois simplement par des liquides alcooliques ou savonneux".

Ainsi sur un plan purement pharmaceutique, le liniment représente plus une classe de produits qu'un produit en lui-même, d'où la diversité en son temps des formules et des composants.

D'autre part ces préparations étaient dites magistrales (fabrication à l'officine) et ne nécessitent ni stabilisant ni conservateur car utilisées immédiatement et sur une période de 8 à 15 jours.

Devenues des produits de consommation courante à grande échelle, ces préparations ont été stabilisées par des conservateurs et des agents de suspension pour éviter leur déphasage et leur contamination microbienne au cours du temps et lors de leur usage.

L'aspect industriel de ces produits complexifie donc la formulation et conduit à des formules très différentes les unes des autres.

Le liniment "oléocalcaire" peut être composé de n'importe quelle huile.

FAUX. Le liniment "oléocalcaire" est une préparation bien spécifique de la classe des liniments. Il répond à la formule définie par le Formulaire National : Huile d'olive vierge 50 g / Eau de chaux (hydroxyde de calcium en solution) 50 g. D'où son nom :

- "oléo" pour l'huile d'olive
- "calcaire" pour l'eau de chaux ou hydroxyde de calcium en solution.

Or, sur le marché il n'est pas rare de rencontrer des liniments dits "oléocalcaires" dont la phase huileuse n'est pas de l'huile d'olive et dont la concentration entre les deux phases est totalement différente, en particulier une phase aqueuse (eau de chaux) en concentration supérieure à celle de la phase huileuse, ne répondant pas ainsi à la définition d'un véritable liniment oléocalcaire.

Il ne faut pas rincer le liniment "oléocalcaire" après application.

VRAI. Le liniment "oléocalcaire" est considéré comme un savon liquide surgras.

Le savon est formé par réaction à froid entre l'eau de chaux et l'huile d'olive (réaction de saponification).

La quantité formée est très faible (0,6%) et est dispersée dans l'huile non saponifiée restante (48,7%), donnant le côté "surgras" à la préparation.

La faible teneur en savon résulte de la faible concentration en hydroxyde de calcium dissous dans l'eau (0,16%) et ayant réagi sur l'huile d'olive.

Face à ces éléments, il est clair qu'il n'est pas nécessaire de rincer les fesses des bébés après application du liniment, ce qui permet de maintenir le film gras formé à la surface de la peau. Grâce à l'huile d'olive, ce dernier forme une barrière mécanique protectrice vis à vis des urines de pH acide et des selles.

Ce film lipidique permet donc de prévenir les rougeurs sur les fesses.

On peut utiliser le liniment "oléocalcaire" à chaque change.

VRAI. Pour les raisons énoncées précédemment, le liniment "oléocalcaire" peut être utilisé à chaque change si celui-ci, outre les composants cités dans le Formulaire National, contient des additifs sûrs pour la peau des bébés.

Il est donc nécessaire de bien regarder la liste des ingrédients des liniments.

Cette liste (liste INCI), présente sur l'étiquetage, est obligatoire dans le cadre d'un statut cosmétique, tel est le cas du liniment oléocalcaire GIFRER.

Soumis à des tests cosmétiques, la fréquence d'utilisation du liniment GIFRER a été déterminée ainsi que sa parfaite innocuité lors d'applications répétées sur des bébés. En parallèle, une évaluation toxicologique par un expert indépendant du laboratoire a été réalisée.

Faire son liniment maison, c'est mieux pour les bébés.

FAUX. Il est bon de rappeler que le liniment oléocalcaire est obtenu par réaction de saponification entre les composants de l'huile d'olive et l'eau de chaux (ou hydroxyde de calcium en solution). Même si la quantité d'hydroxyde de calcium solubilisée dans l'eau est faible, 1,69 g/litre, le pH d'une telle solution est très basique, de l'ordre de 12, ce pH serait très agressif pour la peau.

Si la maman se trompe dans les pesées ou que celles-ci soient très approximatives, le pH du produit final peut s'en trouver perturbé, supérieur à 8, rendant le liniment plus agressif pour la peau des bébés.

Les liniments du commerce ont toujours le pH ajusté entre 7 et 8 pour respecter le pH de la peau des bébés.

Article réalisé en collaboration avec Laurence Paris, pharmacien et expert indépendant en formulation de produits pharmaceutiques.

La référence en liniment
depuis 25 ans*

Huile d'olive
vierge extraite par pression à froid

99%

d'ingrédients
d'origine
naturelle

0%

PEGs, huiles minérales,
parfums



Gifrer, authentique par nature



- 02** **ÉDITORIAL**
BENOÎT LE GOEDEC
- 03** **OBSTÉTRIQUE**
VOLET PÉDAGOGIQUE
L'analyse du RCF
Étapes de reconnaissance
et de récupération
GYNÉRISQ
- 06** **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**
06 Mère, enfant, placenta : un espace
trin. Entre mythes et réalités, une
perspective psychanalytique est-
elle possible ? **2^e PARTIE**
MICHÈLE GERSANT
- 10** Le pneumothorax cataménial
ÈVE LEGOFF
- 14** **SANTÉ PUBLIQUE**
Évaluation des Maisons de
Naissance
Synthèse du rapport d'étude sur
la qualité des soins prodigués en
maisons de naissance en France
BENOÎT LE GOEDEC

- 26** **SCIENCES HUMAINES**
26 L'enjeu de l'hydratation
BENOÎT LE GOEDEC
- 30** Suite de l'Étude « Devenir et être
Sage-femme en France en 2018 »
ÉTUDE SOCIOLOGIQUE
GRAND PRIX EVIAN
- 38** KIOSQUE
- 38** AGENDA EN BREF
- 40** FICHE TECHNIQUE
- 41** COMMUNIQUÉS
- 45** RECHERCHE
- 47** FORMATION

**POUR VOUS ABONNER,
RETOURNEZ-NOUS LE
BULLETIN EN PAGE 2.**

Photo de couverture:
Dean Ward/Unsplash

LES ANNONCEURS

- C2** Gifrer
- C3** Techmed
- C4** Grandir Nature
- 12** Euromédial
- 29** Evian
- 34** Lancement du "Vademecum des Prescriptions
de la Sage-Femme" 2020
- 39** Congrès "Les Dialogues de l'Obstétrique" (D.O.)
- 47** Formations ANSFL
- 47** Institut Naissance et Formations
- 48** Médicformation

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Benoît Le Goedic, Sage-femme
Benoitlegoedic@gmail.com

MEMBRES

Farid Boubred, PH Pédiatre, Marseille
Véronique Brevaut-Malaty, PH Pédiatre, Marseille
Isabelle Derrendinger, S-F, Directrice SF, Nantes
Clotilde Des Roberts, PH Pédiatre, Marseille
Bruno Deval, Gynécologue-Obstétricien, Paris
Claude Doyen, S-F, Directrice ESF Strasbourg
Alexandre Fabre, PH Pédiatre, Marseille
Pierre Frémontière, Enseignant Chercheur, ESF
Marseille
Jocelyne Guerneur, S-F, Directrice ESF Rennes
Thierry Harvey, Chef de service, Gynécologue-
Obstétricien, Paris
Pascale Hassler, S-F, Enseignante, ESF Marseille
Sandrine Hautbois-Vigne, S-F, Enseignante, ESF
La Réunion
Sabrina Hubert-Payet, S-F, Directrice ESF La Réunion
Élisabeth Josse, S-F, Directrice de Formation,
Boulogne-Billancourt
Pierre Mares, Chef de service, Gynécologue-
Obstétricien, Nîmes
Philippe Merviel, Chef de service, Gynécologue-
Obstétricien, Brest
Sylvie Morel, Sociologue, Nantes

Alexandra Musso, S-F, Enseignante, Nice
Christophe Pasca, Directeur IFROSS, MCU
Sciences de Gestion HDR, Lyon
Marie-Agnès Poulain, S-F, Directrice ESF Amiens
Sébastien Riquet, Enseignant Chercheur, ESF
Marseille
Cécile Rouillard, S-F, Directrice ESF Angers
Christine Talot, S-F, Sous-Directrice ESF Foch-
Suresnes
Isabelle Vaast, S-F, Lille
Carole Zakarian, S-F, Directrice ESF Marseille

CONCEPTION GRAPHIQUE

Marie-Paule STÉPHAN
Conception, réalisation, suivi du numéro
mstudio@netc.fr

ÉDITION Éditions ESKA

12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris
T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr>

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebabtchieff@eska.fr

Maquette intérieure et couverture, format, mise
en page, sont la propriété des Éditions ESKA.

FABRICATION

Marise URBANO - agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ - CONGRÈS COMMUNICATION

T. 01 42 86 55 69 - congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebabtchieff@eska.fr

MARKETING - CONGRÈS PUBLICITÉ

Alicia GORRILLIOT
T. 01 42 86 55 69 - agpaedit@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebabtchieff@eska.fr

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Amélie AUBERT-PLARD, Anthropologue,
Groupe Danone, affiliée à l'Université Paris
Nanterre
Michèle GERSANT, Sage-femme
Ève LEGOFF, médecin généraliste Alexandra
MUSSO, Sage-femme enseignante, Nice



LES DO

ÉDITIONS ESKA

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
T. 01 42 86 55 65
F. 01 42 60 45 35
agpaedit@eska.fr
<http://www.eska.fr>

*Toute l'équipe des
Dossiers de l'Obstétrique
est heureuse
de vous souhaiter
de très belles fêtes
de fin d'année.*

Marie WALSER, Consultante Socio-
anthropologue

FONDATEUR DE LA REVUE

Jean OSSART

Périodicité mensuelle

11 numéros par an. Tous les mois sauf août.

Vente au numéro 8,50 euros

Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne
peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation de
l'éditeur. Ceci recouvre : copie papier, intranet,
internet, etc. L'ensemble des contributions consti-
tuant cette publication ainsi que le copyright et
les droits d'auteurs sont la propriété exclusive
des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que
la responsabilité de leurs auteurs.

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.

Commission paritaire n° 0222 T 81395.
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.
Dépôt légal : Décembre 2019

Secret médical et violences conjugales

Certains des groupes de travail réunis au Grenelle des violences conjugales ont préconisé que le secret médical puisse être levé. Ceci permettrait alors aux médecins ou à la sage-femme de procéder à un signalement au Procureur de la République sans accord de la victime.

Les professionnels de santé dépistent en effet beaucoup de ces violences alors que les femmes victimes ne les consultent pas forcément pour cette raison. C'est le cas des sages-femmes, de plus en plus formé-e-s à ce dépistage, lors des consultations du suivi de grossesse.

Ainsi, cela donne un outil supplémentaire pour éviter les drames liés à ces violences.

Le débat a donc lieu car le secret médical doit par ailleurs être préservé pour protéger le patient et préserver la confiance envers le soignant.

Où se situer donc dans ce débat et face à ce problème. L'Ordre des Médecins a abouti à une proposition claire : il est favorable à une dérogation du secret médical dans le cas où le médecin « a l'intime conviction que la patiente est en danger vital immédiat et qu'elle se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences ».

Il devra essayer quand même d'avoir l'assentiment de la femme et prévenir son conseil de l'Ordre.

Ces notions seront toujours difficiles à discerner et les débats chez les médecins sont encore contradictoires. Au législateur de trancher ;

Mais nous devrions, nous aussi, profession dédiée à la femme, y réfléchir et donner notre avis.

Benoît Le Goedec, Sage-femme,
Rédacteur en chef des D.O.

			<h2>ABONNEMENT 2020</h2>	
<h3>TARIF D'ABONNEMENT</h3> <p>11 NUMÉROS PAR AN</p>				
Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*		
FRANCE	79,00 €	50,00 €		
D.O.M.	84,00 €	60,00 €		
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	62,00 €		
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	65,00 €		
* Joindre attestation.				
Abonnement collectif de service 156,00 €				
En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.				
VOS COORDONNÉES				
<input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> M. (en lettres capitales)				
Nom		Prénom		
Adresse				
Code postal [][][][][] Ville				
Pays		Téléphone		
E-mail				
Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)				
s'abonne aux Dossiers de l'Obstétrique Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email : adv@eska.fr				
Renvoyer le coupon à : Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35				

L'ANALYSE DU RCF

ÉTAPES DE RECONNAISSANCE ET DE RÉCUPÉRATION

- Le plus souvent: **RALENTISSEMENTS**.
- Plus rarement: **AUTRES** situations.

RALENTISSEMENTS



“ le Tracé Me Fait Décider ” ...

1 LE TRACÉ

- Recherche une **tachysystolie**.
- Apprécie le **risque d'acidose**.

■ TACHYSYSTOLIE = Nombre de CU/10 mn

Si > 5 CU/10 mn de moyenne sur un tracé de 30 mn (4)



1. Si **SYNTOCINON** en cours ⇒ **STOP (6)**
2. Si pas de Syntocinon ⇒ penser à **décollement placentaire** surtout si hypertonie clinique et/ou métrorragies
3. **Tocolyse** à discuter suivant circonstances (terbutaline, dérivés nitrés ou salbutamol)



SYNTOCINON

- Bien tracer les indications
- Avoir protocole d'utilisation
- Surveiller RCF en continu

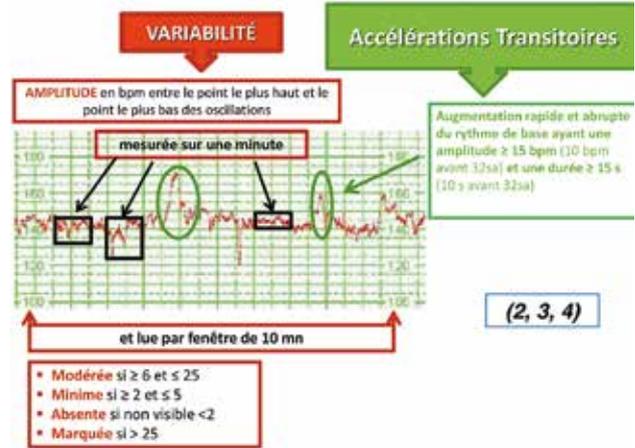
■ Appréciation du **RISQUE D'ACIDOSE**

Importance +++ car pas de risque de séquelles neurologiques liées à asphyxie intrapartum sans acidose métabolique (1,2,9,11)



ETUDE

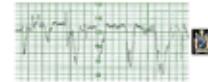
- > **VARIABILITÉ** et **Accélérations Transitoires**
- > **Types de RALENTISSEMENTS**



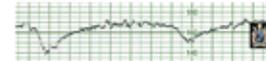
■ **VARIABILITÉ** et **AT** apprécient le risque d'acidose installée



Une **VARIABILITÉ MODERÉE** et/ou la présence d' **AT spontanées ou provoquées (TV)** éliminent l'existence d'une acidose métabolique au moment où le tracé a été enregistré (4, 6, 9, 11)



Une **VARIABILITÉ MINIMALE** et a fortiori **ABSENTE** n'est pas synonyme d'acidose mais la rend possible (2, 4, 6, 9, 11, 12)



L'absence d' **AT** sur un tracé de 30 mn (2, 4, 6, 9, 11, 12)

- ✓ est sans signification si le reste du tracé est normal
- ✓ aggrave si est associée à d'autres anomalies

Extrait du "RANZCOG Online Fetal Surveillance Education Program" - <http://fhsf.org.au/our>

■ **ÉTUDE** des **RALENTISSEMENTS** apprécie le risque d'acidose potentielle (2, 6, 11)

Les **RALENTISSEMENTS à RISQUE D'ACIDOSE** associent deux éléments :

- 1 La **RÉPÉTITION** : ralentissements ≥ 50 % des CU
- 2 Le **TYPE** de ralentissement :
 - Ralentissements **Prolongés**
 - Ralentissements **Variables Sévères**
 - Ralentissements **Tardifs**

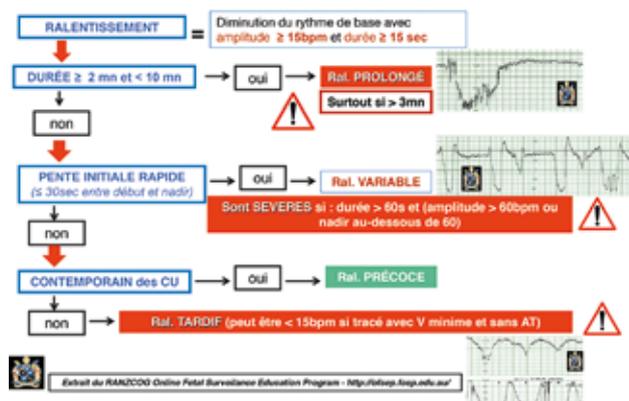


Gynerisq Attitude n° 5 "Gestion RCF en salle de travail" 18.11.2013.

POUR LIRE L'INTÉGRALITÉ DE LA FICHE :

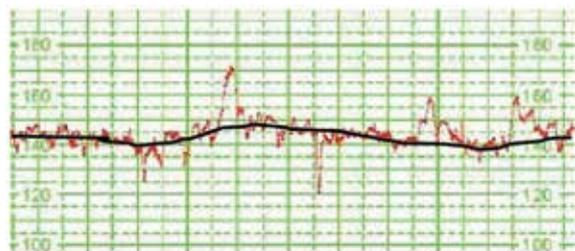
<http://gynerisq.fr/gynerisq-attitudes/fiche-5-gestion-pratique-des-anomalies-du-rcf-en-salle-de-travail/>

■ Les RALENTISSEMENTS (2,4)



■ Dernier élément: la FRÉQUENCE (2,3)

Elle est exprimée en bpm et calculée sur une fenêtre de 10 mn, en excluant les accélérations, les ralentissements et la variabilité marquée.



- Rythme de base normal si ≥ 110 et ≤ 160 bpm
- Bradycardie si < 110 bpm pendant au moins 10 mn
- Tachycardie > 160 pendant au moins 10 mn

2 LA MÈRE = LES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES

- Métrorragies (*décollement placentaire*)⁽¹¹⁾
- Utérus cicatriciel (*rupture utérine*)⁽¹¹⁾
- Cordon au TV (*providence*)
- Signes cardio-respiratoires maternels (*embolie amniotique*)

Ils imposent la terminaison en urgence.

3 LE FŒTUS = LE RISQUE ÉVOLUTIF



4 LA DILATATION = LA TERMINAISON

■ Analyse du Partogramme et TV permettent de fixer un pronostic

- Stade et dynamique du travail.
- Présentation fœtale (variété, hauteur, bosse séro-sanguine...);

Estimation du délai et de la facilité d'un accouchement par Voie Basse spontanée ou par Extraction Instrumentale (EI)

Devant un tracé anormal justifiant une terminaison rapide, la voie basse peut être la solution optimale en fonction de l'avancement, du déroulement du travail et de l'expérience de l'obstétricien⁽¹¹⁾

GESTION

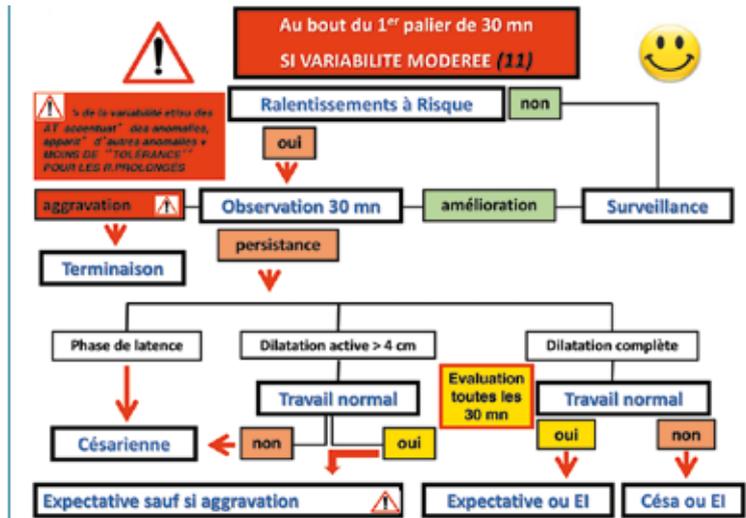
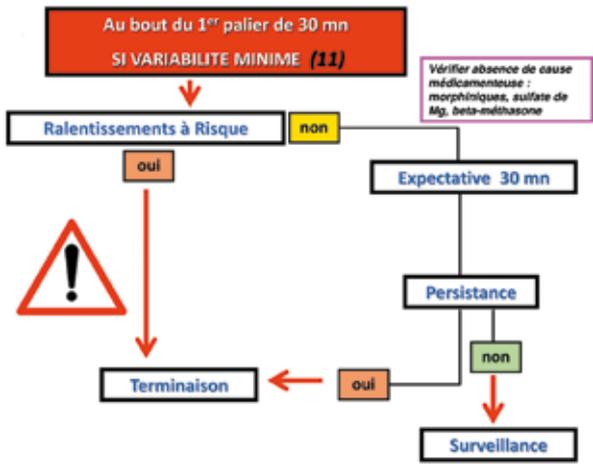
■ "RÈGLES DES 30 MN"

- En cas d'anomalies du RCF il est conseillé d'évaluer la situation toutes les 30 mn⁽⁶⁾.
- Bien que reposant sur un faible niveau de preuve, il existe un délai classique conseillé de 30 mn entre la décision de terminaison et sa réalisation^(6,12).

■ D'OÙ L'IMPORTANCE

D'un langage commun et d'une structuration des appels urgents pour être sur place +++

- **De terminer en urgence** en cas de tracés à haut risque (variabilité absente) **et/ou d'événement sentinelle**^(2,4,6,12).
- **D'instaurer dans les autres cas** (variabilité présente et pas d'événement sentinelle) **une surveillance continue par paliers de 30 mn tout en anticipant une terminaison en urgence**:
 - **Le 1^{er} palier** sert à réunir les éléments du "TMFD", à la mise en décubitus latéral, à l'arrêt du syntocinon ± tocolyse.
 - **Les paliers ultérieurs** seront fonction du tracé (variabilité + type de R + évolution) et du contexte (pronostic mécanique et fœtus).
 - **Dans tous les cas**: ces éléments doivent être tracés dans le dossier au fur et à mesure ainsi que les décisions prises et l'information donnée à la patiente (cf. annexes de la Gynerisq attitude n° 4 pour la lecture des RCF).



■ PRÉCISIONS

- L'interprétation présentée des anomalies du RCF ne s'applique pas aux **grands prématurés** ⁽¹¹⁾.
- Il s'agit d'un schéma indicatif visant ⁽¹¹⁾:
 - d'une part à **limiter les interventions urgentes inutiles**, notamment en cas de **ralentissements autres que ceux à risques avec une variabilité modérée conservée**,
 - d'autre part à **ne pas laisser s'aggraver des situations à risques** d'acidose.
- **L'obstétricien responsable reste maître** des décisions qu'il jugera utiles.
- Nous n'avons pas volontairement intégré **la mesure du pH ou des lactates** au scalp, laissant le soin aux équipes de le faire en fonction de leurs habitudes et de leur expérience.
- **L'expectative doit toujours être active avec surveillance continue et anticipation d'une aggravation conduisant à l'extraction en urgence.**

- **Dans tous les cas** il faut anticiper **une prise en charge pédiatrique** et prévoir **une gazométrie complète (pH, PCO₂, BD) sur les 2 vaisseaux (artère et veine) du cordon ombilical** ⁽²⁾.

AUTRES SITUATIONS ANORMALES

■ BRADYCARDIE

- **Brutale < 90 bpm et persistante**, elle est toujours pathologique. Elle suit en général un événement sentinelle et justifie une terminaison en urgence ^(2, 12).
- **Modérée < 100 et ≥ 90 bpm**, elle est une **situation à risque**, justifiant une terminaison **si elle est associée** à d'autres anomalies ou si elle persiste ^(2, 12).

■ TACHYCARDIE

- Elle peut correspondre à une situation à risque si ^(2, 4, 12):
- elle est > 180 bpm,
 - associée à d'autres anomalies.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists and American Academy of Pediatrics. *Neonatal encephalopathy and cerebral palsy: defining the pathogenesis and pathophysiology*. Washington, DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists, American Academy of Pediatrics; 2003.
2. *Modalités de surveillance fœtale pendant le travail* - RCP du CNGOF, 2007.
3. GA Macones, GDV Hankins, CY Spong, J Hauth, T Moore - *The 2008 National Institute of Child Health and Human Development Workshop Report on Electronic Fetal Monitoring, update on definitions, interpretation, and research guidelines* - *Obstet Gynecol*, 2008, 112, 3, 661-666.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 106 : *intrapartum fetal heart rate monitoring: Nomenclature, interpretation, and general management principles*. *Obstet Gynecol* 2009, 114, 1 : 192-202.
5. C Racinet C, P Hoffmann. *Asphyxie périnatale et paralysie cérébrale: implications médico-légales*. *Bull. Acad. Natle Méd*, 2010, 194, 6, 891-901, séance du 1^{er} juin 2010.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 116 : *management of intrapartum fetal heart rate tracings*. *Obstet Gynecol* 2010; 116, 5 : 1232-1340.
7. G Boog, *Asphyxie périnatale et infirmité motrice d'origine cérébrale* (II-Implications médico-légales et prévention) - *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2011, 39, 3, 146-173
8. SHAM - *Causes des réclamations en obstétrique*, 2012 Panorama du risque médical, p. 73.
9. DA Miller, LA Miller - *Electronic fetal heart rate monitoring: applying principles of patient safety*, *Am J Obstet Gynecol*, 2012, 206, 4 : 278-283.
10. Journée des experts de GYNERISQ - Paris Orly, le 2 février 2013.
11. SL Clark, MP Nageotte, TJ Garite, RK Freeman, DA Miller, KR Simpson, MA Belfort, GA Dildy, JT Parer, RL Berkowitz, D D'Alton, DJ Rouse, LC Gilstrap, AM Vintzileos, JP van Dorsten, FH Boehm, LA Miller, GD Hankins *Intrapartum management of category II fetal heart rate tracings: towards standardization of care* - *Am J Obstet Gynecol*. 2013, 209, 2 : 89-97.
12. B Carbonne, M Dreyfus, JP Schaal, pour le Groupe d'experts des RPC sur la surveillance fœtale au cours du travail, *Classification CNGOF du rythme cardiaque fœtal: obstétriciens et sages-femmes au tableau !* *J Gynec Obstet Biol Reprod*, 2013, 42, 6 : 509-510.

Mère, enfant, placenta: un espace trin

ENTRE MYTHES ET RÉALITÉS,

UNE PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE EST-ELLE POSSIBLE ? **2^e PARTIE**

PAR MICHÈLE GERSANT*, SAGE-FEMME

SUITE DU N° 496 DE NOVEMBRE 2019.

PRÉAMBULE

Le mystère de la vie, de la naissance, des origines a de tout temps fasciné les hommes et suscité questionnements, curiosité et fantasmes. La figure de la sage-femme auprès des femmes en couches est attestée depuis l'Antiquité. Pour qui s'intéresse à la naissance d'un point de vue historique ou anthropologique, il est admis que la sage-femme est le support de représentations puissantes et paradoxales. Tout se passe comme si celles que l'on se fait de la sage-femme correspondaient à la superposition de deux images. D'une part celle de la sage-femme est en effet celle qui transmet son savoir à la femme qui accouche. La seconde représentation est celle de la femme qui est ignorante, la matrone, ou celle qui met son savoir au service de l'avortement et de l'infanticide, figurant ainsi la mauvaise mère ou la sorcière. Les travaux de Monique Bydlowsky ont pu témoigner de cette bipolarité. en grec « maïa » signifie tout à la fois sage-femme et grand-mère, et des retentissements qu'ils opèrent dans la relation très particulière qu'entretiennent parturientes et sages-femmes que mon expérience dans le champ de la périnatalité a pris forme et nourri ma clinique. Les travaux récents d'Albert CICCONE mettent en évidence l'importance de ce champ clinique dans la pensée psychanalytique.

3.4. PRATIQUES ET COUTUMES

À propos du lien mère-enfant et de la rupture symbolique du cordon

« Ils n'ont pas encore coupé le cordon, il faudrait songer à couper le cordon »... Dans l'imagerie populaire, le complexe d'Œdipe se règle en coupant le cordon entre la mère et l'enfant. Hors quand on (le père) coupe le cordon, on sépare l'enfant non de sa mère mais du placenta. Pour Hélène Deutsch « les mères qui coupent le cordon avec leurs dents dévorent leur nouveau-né ». De même, on peut interpréter la réticence des jeunes accouchées à prodiguer des soins au cordon, quasiment toujours accompagnée de la crainte de faire mal au bébé, de l'arracher sans le faire exprès comme une projection possible de leur désir de mort de l'enfant.

* E-mail: gersantmichele@gmail.com

Cette représentation de couper le cordon entre deux individus sans évocation du placenta occulte le sexuel. En effet, quand dans le réel on coupe le cordon, l'une des deux extrémités se trouve in utero et transitera nécessairement par le vagin.

Du placenta dans les processus de maternalité et paternalité

À propos du terme « délivre », le *Petit Larousse* le signale comme un nom masculin. De même, « arrière-faix » et « placenta » sont des termes masculins désignant le même objet. Cependant « délivre » est employé par les femmes au féminin et au masculin par les hommes.

Le matériel clinique nous montre que les femmes n'évoquent presque jamais le placenta sauf pour ce qui concerne sa localisation, quand elles ont été informées de la nécessité « qu'il remonte ».

Face aux phénomènes d'ambivalence psychique qui accompagnent le remaniement induit par la grossesse et face à une certaine forme d'hostilité que les femmes peuvent diriger contre le fœtus, les sentiments de culpabilité sont souvent masqués par une angoisse profonde que quelque chose, en elles, puisse venir tuer le fœtus et notamment l'angoisse qu'elles éprouvent de perdre l'enfant. C'est-à-dire que tout à la fois elles s'inquiètent de perdre l'enfant en même temps qu'elles redoutent que cette angoisse produise des effets délétères sur le fœtus... Il s'agit de phénomènes extrêmement courants. De même les femmes enceintes craignent fréquemment l'effet négatif de leurs émotions sur le bien-être du fœtus, toujours sur le mode de la culpabilité, notamment quand elles sont confrontées à des angoisses de mort ou de perte. Et en effet, qu'en est-il des fausses couches ou des grossesses plus tardives interrompues après un stress maternel? On peut penser que le placenta, un peu la mère mais pas tout à fait la mère, puisse être pour une part responsable de ces arrêts d'évolution.

Du point de vue de la paternalité, on assiste cliniquement aux mêmes attitudes vis-à-vis du placenta que vis-à-vis de la naissance elle-même. Le refoulement toujours à l'œuvre est transformé et la résistance des pères s'exprime d'une manière nouvelle: c'est-à-dire des attitudes généralement connotées de traits pervers (attirance excessive, prise de photographies) ou de traits hystériques (lipothymies, malaise annoncé).

4. POUVOIR PENSER PSYCHANALYTIQUEMENT LE PLACENTA

Les représentations de la naissance offrent un panorama d'une grande diversité. Centrer ainsi un intérêt particulier sur

le placenta peut-il s'accompagner d'un réel travail de pensée psychanalytique? Ou l'intégration même de ces données qui viennent questionner les limites et qui proviennent d'un autre champ menace-t-elle la discipline psychanalytique ou ce qui la fonde, à savoir la reconnaissance du rôle spécifique de l'inconscient, de la pulsion, de la sexualité infantile?

Pour l'exposé qui va suivre, nous n'éviterons pas de forcer le trait et d'établir des analogies entre ce que le placenta nous évoque, en termes de représentations, dans les deux champs qui nous intéressent, celui de la biologie et celui de la psychanalyse. Nous avons conscience que nous n'échappons pas à la puissante fantasmatisation qui est à l'œuvre chez chaque sujet quand il se confronte au mystère de ses origines et des liens entre psyché et soma.

4.1. RAPPEL SUR LA PENSÉE FREUDIENNE

Intérêt à considérer l'animalité

Si l'on se réfère à la pensée freudienne, il est possible d'établir une certaine validité à notre démarche.

« *L'inconscient est certainement le véritable intermédiaire entre le somatique et le psychique ; peut-être le missing link tant cherché* ». Ce qui retient, avec Paul-Laurent Assoun, l'attention est ici l'allusion de Freud à un certain chaînon manquant, en anglais dans le texte, qui renvoie aux interrogations darwiniennes, chaînon supposé manquant dans la chaîne des êtres vivants. C'est-à-dire, pour le dire sommairement, le point de passage entre l'homme et l'animal. Freud, le 5 juin 1917, corrèle donc la question du lien entre inconscient et corps à celle du rapport entre animalité et humanité. Ce qui, nous semble-t-il, apporte une certaine pertinence à la réflexion autour du placenta et d'une certaine manière du manque de représentations qui l'accompagne. Le fait que nous ne mangeons pas notre placenta distingue notre espèce des autres mammifères, exception faite semble-t-il des cétacés.

Par ailleurs, on retrouve dans l'œuvre freudienne des affirmations réitérées sur l'animalité de l'homme. On doit bien entendu les comprendre du point de vue de leur contexte historique. Il est notable de voir combien ces positions sont passées à l'arrière-plan aujourd'hui alors qu'elles étaient fondatrices pour Freud.

4.2. LA PENSÉE LACANIENNE

Le placenta comme prototype de l'objet « a »

C'est dans le séminaire X que Lacan énonce clairement des désaccords entre sa pensée et la doctrine freudienne. Les divergences portent d'abord sur la théorie de l'angoisse telle qu'elle est développée dans « *Inhibition, symptôme, angoisse* ». Il considère que l'angoisse de la naissance n'est pas de nature phylogénétique, et l'idée de peur ancestrale lui paraît absurde. Il stipule que l'angoisse de séparation de l'enfant ne porte pas sur la mère mais précisément sur les enveloppes placentaires. C'est cette angoisse d'être séparé du placenta qui explique pour Lacan l'angoisse de la naissance et non, comme le croit Freud, une quelconque reproduction phylogénétique. Le schéma anatomique des rapports du placenta et du fœtus s'approche de la figuration géométrique qui représente pour lui la nouvelle topologie de l'espace psychique, le *cross-cap*, d'où l'intérêt soutenu qu'il leur porte.

Lacan récusé la catégorie d'objets partiels (sein, phallus et enfant) car Freud en fait des objets dont on peut être

« L'inconscient est certainement le véritable intermédiaire entre le somatique et le psychique ; peut-être le missing link tant cherché ».

séparé. Il les nomme « objet petit a » et stipule qu'ils sont angoissants non parce qu'on pourrait les perdre mais parce qu'on pourrait avoir à les partager.

Pour Lacan c'est le « a » qui permet la coupure entre intérieur et extérieur. Le premier objet c'est le placenta.

4.3. LE PLACENTA À L'ÉPREUVE DE LA MÉTAPHORISATION

Par le sac ovulaire qui le constitue, délimitant un espace clos, protégeant le fœtus mais permettant des échanges avec le milieu extérieur, le placenta et ses enveloppes nous évoquent la notion d'enveloppe telle qu'elle a pu être définie par Winnicott. En ce qu'il est le lieu d'expériences corporelles précoces, d'échanges intimes et de rencontres avec la mère, et des impacts qui sont susceptibles de s'ensuivre en termes de sensorialité et d'émotionnalité, socle de la pensée à venir, la notion d'enveloppe psychique contenante semble pertinente à évoquer.

Par sa fonction de filtre détoxifiant certains éléments, le placenta nous évoque la fonction alpha, le rôle de pare-excitation de la mère tels qu'ils ont été définis par Bion ; la mère prêtant son appareil à penser pour transformer des éléments bruts en éléments assimilables par le nouveau-né.

Par sa réalité d'organe se situant anatomiquement entre la mère et son enfant, mais dans une proximité très étroite, mystérieusement relié, le placenta évoque un équivalent si ce n'est d'objet mais d'espace transitionnel, ou d'aire intermédiaire tels que Winnicott les a définis. L'espace transitionnel est décrit comme un espace paradoxal, ni dedans ni dehors, qui va jouer un rôle essentiel dans les processus de représentations et de symbolisation et qui va permettre un premier décollement d'avec l'objet maternel.

Enfin, par l'espace trin que constituent mère, bébé et placenta, et de par sa constitution en termes de matériel génétique, celui-ci nous évoque la figure du tiers, tiers séparateur, élément constitutif de ce que sera la triade père, mère et bébé.

Par-delà ces brèves évocations et cette métaphorisation, nous tenterons à présent de penser le placenta au travers de concepts directement issus du champ de la psychanalyse.

4.4. LE PLACENTA AU RISQUE DES CONCEPTS PSYCHANALYTIQUES

▀ LE PULSIONNEL

Les pulsions de vie et les pulsions de mort sont à l'œuvre de manière évidente au moment de la naissance, à de nombreux niveaux (chez la mère, chez le père, chez le soignant). Elles se déploient en revêtant différentes manifestations, des plus bruyantes au plus complexes. Le conflit Eros/Thanatos se manifeste de multiples façons, traduisant les mécanismes d'ambivalence qui accompagnent toute grossesse, du désir d'enfant jusqu'à l'accouchement avec tous les aléas et les vicissitudes qui ont été largement décrits.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement le placenta, on peut dire que ces pulsions de vie et de mort sont inévitablement présentes. Pulsions de vie, du côté du bébé, pulsions de mort, réelle du côté du placenta et du fœtus. En effet, on l'a vu, c'est bien au prix de la disparition de l'enfant en qualité de fœtus que le bébé attendu va naître. Et ce qui signe ce moment, c'est le symbolique clampage du cordon ombilical qui va déterminer les mécanismes aboutissant à l'expulsion du placenta. Le matériel met très clairement en évidence la différence d'attitude maternelle vis-à-vis des efforts qui sont sollicités pour la naissance de l'enfant et pour l'expulsion subséquente du placenta quelques instants plus tard. On en comprend bien évidemment les raisons, en termes d'investissement narcissique. À un autre niveau, moins conscient, les intenses sensations périnéales éprouvées par la femme au moment de la dernière phase d'expulsion, instant où les fibres périnéales sont très étirées, réactivent la figure de la mère interdictrice et de ses injonctions lors de l'apprentissage de la propreté. Cette évocation de sa mère à cette phase ultime de l'accouchement peut être responsable chez la parturiente d'attitude de frein des efforts expulsifs.

▀ SEXUALITÉ INFANTILE

Lorsqu'on évoque comme nous venons de le faire les étapes dans les processus de construction de l'identité, la question de la sexualité infantile nous amène naturellement à nous questionner sur la notion de sexualité fœtale... Cette réflexion se heurte à de nombreuses résistances. En tout état de cause, nous pouvons postuler que le sac ovulaire est bien l'espace où cette sexualité, si sexualité il y a, s'établit.

Les nouvelles techniques d'imagerie aiguissent cette pulsion de voir et nombreuses sont les situations où, en cet espace clos et habituellement protégé du regard, cette scène primitive d'un deuxième type est observée. L'échographie comme interruption volontaire de fantasme dont parlait Michel Soulé ou au contraire nouvel espace de fantasmatisation voire d'hyper-fantasmatisation reste la source de nombreux questionnements. Mécanismes de succion du pouce, du cordon, d'une partie du corps sont fréquemment mis en évidence. Il semble que d'autres attitudes fœtales (auto-fellation dans le cas d'un fœtus masculin) soient plus ou moins observées selon la capacité de l'échographiste à pouvoir les penser.

Winnicott, dès 1951, dans son introduction de « *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels* », évoque le fait qu'il est bien connu que « *les nouveau-nés sont enclins à utiliser dès leur naissance le poing, les doigts, les pouces, pour stimuler la zone orale érogène, pour satisfaire les pulsions orales.* ».

Rappelons à cet égard que le terme placenta signifie étymologiquement le gâteau et évoque directement cette dimension orale.

▀ REFOULEMENT

Une réflexion portée sur les traditions concernant les lieux et le mobilier d'accouchement tend à montrer qu'il est inadéquat d'enfanter dans le lit et le lieu du rapport sexuel. Cette mise à distance déssexualise la naissance ou tout du moins en nie le caractère éminemment sexuel. À cet égard, on peut dire que la coutume se trouve au service du refoulement psychique, la clinique nous montrant combien

s'opère rapidement ce processus qui sera réactivé à l'occasion d'une naissance suivante. En effet, est rapidement refoulé dans le souvenir de l'accouchement le fait que l'enfant a traversé le sexe maternel.

De la même manière, la représentation de couper le cordon pour métaphoriser la séparation mère-enfant puis les séparations qui viendront – et tout particulièrement celle marquant la résolution du complexe d'Œdipe – sans passage par le sexuel participe du même mécanisme de refoulement.

Or c'est bien là que se répète, sur un plan symbolique, ce qui est d'une certaine manière à l'œuvre au moment de la naissance : l'occultation du placenta, et à travers lui, de cette entité énigmatique et mystérieuse, autre que la mère et l'enfant, espace trin pour ne pas dire tiers.

Au-delà du « *il n'y a pas de rapport sexuel* » lacanien, cette représentation où se manifestent en creux le mystère des origines et sa cohorte d'éléments associés tels le manque, l'absent ou l'objet perdu, cette représentation nous fait évoquer « *L'origine du monde* » de Gustave Courbet. On sait que l'émergence de la vie s'accompagne inévitablement de perte et de séparation.

▀ PHÉNOMÈNES DE RÉSISTANCE

▀ Le constat

Le placenta, comme il est attesté historiquement, est l'objet de rites qui traduisent la place importante qu'il occupe dans l'imaginaire. Depuis le XVIII^e siècle, époque moderne de médicalisation, on peut constater un changement de statut, un appauvrissement des représentations et des résistances à la fantasmatisation. Comment penser d'un point de vue psychanalytique cette évolution ?

▀ Plusieurs hypothèses

D'une part, la contemporanéité de cet effacement placentaire avec la masculinisation de la naissance dont on imagine combien elle a modifié les pratiques. On connaît les différences de processus entre le devenir mère, qui satisfait d'une certaine manière les désirs œdipiens, et le devenir père qui, au contraire, réactive un certain renoncement. On pourrait dire en quelque sorte qu'il y a du père dans le placenta.

D'autre part, les mécanismes de répulsion, de dégoût proviendraient de ce qu'il est en fait, un peu à la manière d'un trauma, un deuxième contact avec la réalité placentaire, le tout premier renvoyant à nos toutes premières expériences liées à la proximité maternelle, symbiotique et, par là même, à une réactivation de la tentation incestueuse.

Réalité de l'objet placenta ?

▀ La construction psychique, place de l'objet

La place de l'objet dans la construction psychique est posée par Freud dès 1895. Les processus de transformation des phénomènes corporels en phénomènes psychiques définissent le travail de psychisation du corps. Les psychosomaticiens, avec Marty puis, aujourd'hui Smajda, ont interrogé le fonctionnement psychique à travers les difficultés d'impression des traces mnésiques de l'objet. Le développement de la psychanalyse de l'enfant active sans cesse un travail de représentation, de métaphorisation de cette origine du fonctionnement psychique. L'accent est porté sur le rôle de l'objet primaire mais aussi sur le corps et la sensorialité.

« Objet non objet » « Moitié moi, moitié autre », intuitivement nous pensons que les difficultés à pouvoir penser le placenta se jouent chez l'adulte (comme parent, comme psychanalyste) à un niveau complexe, faute d'un espace qui serait une interface entre l'investissement narcissique (je suis enceinte) et l'investissement objectal (j'attends un enfant). Mais « je » n'attend pas un placenta. Cela oblige ou impose un certain désinvestissement narcissique pour se protéger des mécanismes de déprivation. De l'importance du lien psyché/soma, on peut en effet admettre l'intérêt à penser conjointement naissance, émergence de l'activité psychique et naissance physiologique, émergence du corps physique se déprenant du statut organique fœtal. Ces deux phénomènes peuvent être considérés comme des composantes de la fabrication du *Moi* ou du *Self*. En matière de savoir obstétrical, on considère que le placenta, dès le stade du trophoblaste, appartient au fœtus. Des conditions nécessaires à la subjectivation aux conditions indispensables à la symbolisation, comment penser le déficit de représentations attachées au placenta ? À ce stade de l'organisation psychique, le placenta peut-il être pensé comme un objet ? Et, le cas échéant, à qui appartiendrait cet objet ?

Deux concepts viennent nourrir cette réflexion et témoignent de la nécessité de penser de manière créative cette tension paradoxale qui frôle l'aporie.

• Winnicott et le non advenu de soi

Winnicott ouvre une perspective qu'il semble pertinent d'appliquer au placenta quand il évoque la question du « non advenu de soi ». Cet objet étrange, non advenu de soi, peut alors être pensé pour ce qu'il est ou a été, dans sa réalité sans avoir à être continûment évoqué à travers le prisme du deuil ou de la perte.

• Sylvain Missonier et la relation virtuelle à l'objet

Sylvain Missonier, s'inscrivant dans la pensée de Lebovici, plaide pour la reconnaissance d'une anthropologie du fœtus. Il s'attache à penser le processus de subjectivation en considérant la période anténatale comme une composante essentielle de l'histoire du sujet. Dans ce contexte, il pose l'hypothèse d'une relation virtuelle de l'objet parents/embryon qui participerait de processus communs entre le devenir parent et le naître humain ou le devenir humain, engagés dans une réciprocité. Cette hypothèse clinique admet de considérer le site utéro-placentaire comme une interface fœtus/environnement.

Outre que cette nouvelle modalité conceptuelle nous semble tout à fait pertinente pour ce qui concerne la construction psychique de l'un (le père en devenir), de l'une (la mère en devenir), de l'autre (le bébé en devenir), elle autorise un prolongement orienté vers le placenta. En effet, si on considère qu'il s'agit bien des deux versants d'un même processus, force est de constater qu'on ne peut traiter à l'identique le devenir de l'un, de l'une et de l'autre. L'un et l'une devenant parents restent en quelque sorte entiers, fondamentalement inchangés. L'autre (le fœtus) est double et devra, pour devenir nouveau-né, renoncer à une part de lui-même (le placenta) dont il gardera la trace sous la forme d'un stigmate corporel. Ce faisant, il nous fait plonger fantasmatiquement dans les abîmes de la perte et de

Le placenta, destiné à disparaître quand naît l'enfant du dedans, nous engage à une réflexion profonde incluant le passage de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total, dont il préfigure la nécessité.

la séparation. Le placenta, destiné à disparaître quand naît l'enfant du dedans, nous engage à une réflexion profonde incluant le passage de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total, dont il préfigure la nécessité.

CONCLUSION

Dans le registre de la subjectivation de l'être humain, le fœtus et l'embryon se heurtent à des positions défensives extrêmement variées, allant de l'évitement à la fascination.

Si le bébé en devenir mobilise ainsi de tels mouvements, on peut comprendre que le placenta qui lui est associé, sorte de double, suscite également de vives réactions. Élément constitutif dès son origine de l'unité fœto-placentaire, il obéit à un destin marqué par le sceau de la perte, réalisée à l'instant même de la naissance de l'enfant.

Or le placenta fait généralement l'objet, y compris dans le champ de la psychanalyse, d'un déficit de pensée, de représentations qu'il semble opportun d'aller étudier étroitement. Comme le nouveau-né lui-même, on comprend aisément qu'il puisse être la cible de sentiments ambivalents de la part de la mère qui peut éprouver des difficultés à penser dans le même temps son bébé, qu'elle s'apprête à mettre au monde et cet organe, qui peut susciter un sentiment d'inquiétante étrangeté. On peut penser qu'il puisse aider la mère à supporter le bébé réel, en projetant sur lui, plutôt que sur le nouveau-né, des réactions de recul, de réticence ou de franche hostilité.

Au-delà de la mère elle-même, tous les sujets présents à l'instant de la naissance ont été confrontés à la réalité placentaire pour ce qui concerne l'émergence de leur propre identité. Les phénomènes de résistance qui s'opèrent autour du placenta peuvent trouver leur origine autour de conflits générant de l'angoisse et qui pourraient se rejouer à l'occasion de l'accouchement. D'une part, il confronte le sujet à la question de sa propre animalité et de propre analité. La placentophagie étant la règle dans le monde animal, il est la source d'un interdit puissant qu'il réactive : l'interdit du cannibalisme qui nous fonde humainement.

Par ailleurs, la résistance des sujets à investir le placenta sur le mode de la pensée, de l'évocation ou du rituel accompagnant son arrivée peuvent se comprendre à travers le prisme d'un autre interdit fondamental : l'interdit de l'inceste. En effet, de manière plus ou moins consciente, par la capacité du sujet à penser sa propre naissance ou par les traces mnésiques, plus profondes, qu'ont pu laisser à l'intérieur de lui les premières expériences fœtales en lien étroit, symbiotique avec la mère, c'est à un mécanisme de défense qu'on assiste, pour lutter contre ces vestiges qui le renvoient au corps de la mère.

Le placenta est le premier élément dont tout individu naissant est amené à se séparer. À ce titre, il mérite de ne pas être négligé. •

Le pneumothorax cataménial

PAR ÈVE LEGOFF, MÉDECIN GÉNÉRALISTE

RÉSUMÉ

Les localisations extra-génitales de l'endométriose représentent 5 % des lésions. Le Pneumothorax Cataménial (CP) est souvent associé à l'endométriose thoracique. Il pourrait représenter 20 à 35 % des pneumothorax des femmes en période d'activité génitale. Il se définit par l'apparition d'un pneumothorax de 24 heures avant à 72 heures après l'apparition des règles. Il est également récidivant, avec une prédominance droite. Le traitement nécessite une approche pluridisciplinaire et associe un traitement chirurgical suivi d'un traitement médical.

INTRODUCTION

Le pneumothorax se définit comme un épanchement pleural gazeux lié à l'irruption d'air dans la cavité pleurale. Il entraîne un collapsus pulmonaire responsable des symptômes tels qu'une toux, une dyspnée et/ou une douleur thoracique. Le pneumothorax cataménial est une forme de pneumothorax secondaire à une lésion pulmonaire ⁽¹⁾.

L'endométriose est définie par la présence de glandes et/ou de stroma endométrial en dehors de l'utérus. Il existe des atteintes pelviennes et extra-pelviennes. Ces localisations extra-pelviennes représentent 5 % des lésions ⁽²⁾ et englobent les manifestations thoraciques, digestives, urinaires ⁽³⁾.

L'endométriose thoracique peut se manifester de quatre façons : le pneumothorax cataménial (CP) dans 72 % des cas ⁽²⁾, l'hémoptysie cataméniale, l'hémothorax cataménial et le nodule pulmonaire ⁽⁴⁾.

Le CP est une manifestation fréquente et grave de l'endométriose thoracique. Le diagnostic est difficile et implique des récurrences ⁽⁵⁾. Il pourrait représenter 20 à 35 % des pneumothorax des femmes en période d'activité génitale ⁽⁶⁾.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une revue de littérature a été réalisée entre le 1^{er} février 2019 et le 1^{er} juillet 2019. Elle a été réalisée sur les bases de données de PubMed, Cochrane et Lissa. Les critères de recherches étaient :

- **Mot-clé** : pneumothorax cataménial.

Ce travail est issu de la réalisation d'un mémoire. Tous mes remerciements aux enseignants Nantais pour la qualité de leurs cours et au Docteur Denis Savary, PH gynécologie Arcachon, mon Directeur de mémoire.

Le CP se définit par un pneumothorax survenant entre les 24 heures précédant les règles et dans les 72 heures après leur apparition, en dehors de toute pathologie pulmonaire identifiée.

- Articles en *full text* parus entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2019, en français et en anglais.

Au total 35 articles ont été inclus dans l'analyse des résultats.

RÉSULTATS

■ DÉFINITION

Le CP se définit par un pneumothorax survenant entre les 24 heures précédant les règles et dans les 72 heures après leur apparition, en dehors de toute pathologie pulmonaire identifiée ⁽⁶⁾. Il faut au moins deux épisodes pour affirmer le caractère cataménial ⁽⁵⁾.

Il est décrit le *Thoracic Endometriosis Related Pneumothorax non cataménial* qui se définit par un pneumothorax survenant en dehors des règles mais secondaire à la présence d'endométriose thoracique ⁽⁶⁾.

■ DIFFÉRENTES THÉORIES DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE THORACIQUE

▀ L'embolisation lymphovasculaire

Elle explique l'implantation de tissu endométrial au niveau thoracique par passage de cellules endométriales au sein du réseau vasculaire et lymphatique. Cette théorie expliquerait les CP gauches et bilatéraux.

▀ La migration

Il est évoqué une migration rétrograde de cellules endométriales par les trompes de Fallope dans le pelvis et le péritoine pendant les règles. La présentation droite majoritaire du CP pourrait s'expliquer par la circulation du liquide péritonéal se faisant en direction du foie. Il s'agit de l'hypothèse la plus communément admise ⁽⁴⁾.

▀ La théorie de la Métaplasie

Elle est basée sur le fait que le mésothélium péritonéal, pleural et l'endomètre partagent la même origine embryologique. Des stimuli pathologiques pourraient transformer l'épithélium cœlomique au niveau thoracique en tissu endométrial ⁽⁴⁾.

▀ La théorie hormonale

Il existe une augmentation des prostaglandines F2 alpha durant les règles ce qui entraîne des contractions des

muscles vasculaires et bronchiolaires. Les modifications hormonales créent l'hyperpression qui entraîne le pneumothorax par rupture de bulles ou de blebs ⁽⁶⁾.

■ **La théorie de la migration d'air rétrograde**

L'hypothèse repose sur une entrée d'air rétrograde dans le péritoine, sa remontée dans la cavité thoracique entraînerait le pneumothorax ⁽⁴⁾. Cependant cette théorie sous-tend la présence d'anomalie diaphragmatique préexistante.

■ **LA PRÉSENTATION CLINIQUE**

Le CP est droit à 85 % ⁽²⁾. Il est rarement gauche ou bilatéral ⁽⁵⁾. L'âge moyen de survenue est plus tardif – à 34 ans dans le CP – que dans le pneumothorax spontané idiopathique ⁽²⁾.

Les facteurs de risque d'endométriose thoracique sont les suivants ⁽⁷⁾:

- Les antécédents de chirurgie gynécologique y compris les curetages, les hystérosopies et les révisions utérines ;
- Les antécédents d'infertilité primaire ou secondaire ;
- Les antécédents d'endométriose pelvienne.

Les symptômes à rechercher en cas de suspicion de CP

- Douleur thoracique éventuellement droite, se majorant avec les mois, à recrudescence cataméniale ⁽⁸⁾ ;
- Douleur scapulaire présente dans 40 % des cas ⁽⁹⁾, douleur cervicale, irradiation phrénique à recrudescence cataméniale ⁽⁸⁾.

■ **LE DIAGNOSTIC**

Le CA 125 pourrait être un marqueur du CP ⁽⁶⁾ s'il est supérieur à 76 UI/L ⁽¹⁰⁾. Mais le seuil et le moment de réalisation sont discutés.

Le diagnostic radiologique repose sur :

- **La radiographie ⁽¹⁰⁾** : objectivant le pneumothorax ;
- **La tomodensitométrie avec injection ⁽⁸⁾** : visualisation des nodules endométriaux, rupture diaphragmatique ;
- **L'IRM ⁽¹¹⁾** : cartographie des lésions endométriosiques et exploration diaphragmatique.

La confirmation histologique est nécessaire. Les lésions peuvent être diaphragmatiques à 60 % ⁽²⁾, pleurales et parenchymateuses. Elles sont parfois associées ⁽²⁾.

■ **LE TRAITEMENT**

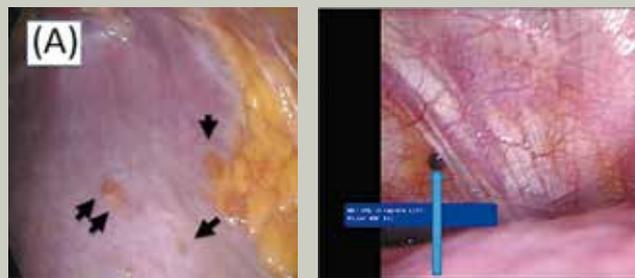
Le traitement est d'abord celui du pneumothorax par décompression à l'aiguille ou drainage sur colonne d'aspiration ⁽⁶⁾.

■ **LA CHIRURGIE**

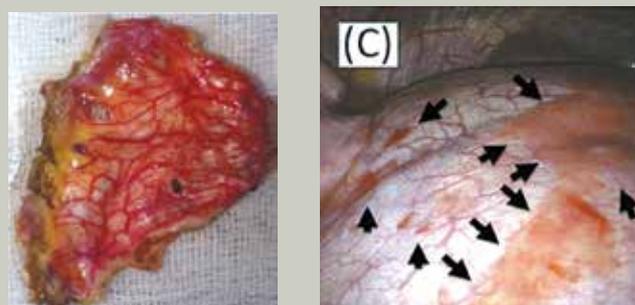
La vidéothoroscopie (VATS) est la technique de référence ⁽⁶⁾ ⁽¹⁵⁾. Elle permet la confirmation histologique, le traitement des lésions et de diminuer le risque de récurrence :

- **Traitement des perforations diaphragmatiques** : par résection suture ⁽⁶⁾ ;
- **Pleurodèse** : systématiquement proposée ⁽⁶⁾ ;
- **Résection de nodules** parenchymateux ou pleuraux ⁽⁵⁾.

LES LÉSIONS MACROSCOPIQUES



Nodule jaune à gauche ⁽¹²⁾,
Nodule bleu sur la paroi thoracique à droite ⁽¹³⁾



Pièce de résection diaphragmatique à gauche ⁽¹⁴⁾,
Lésions diaphragmatiques d'endométriose à droite ⁽¹²⁾

L'âge moyen de survenue est plus tardif – à 34 ans dans le CP – que dans le pneumothorax spontané idiopathique.

L'endométriose thoracique est associée à des lésions pelviennes dans 50 à 80 % des cas ⁽²⁾. Il est donc recommandé de rechercher des lésions pelviennes ⁽²⁾. Une exploration synchrone par VATS et coelioscopie pourrait permettre une meilleure exploration diaphragmatique et de diminuer le nombre d'anesthésies ⁽⁹⁾.

■ **LE TRAITEMENT HORMONAL**

Il diminue la dissémination des lésions et la récurrence du CP.

Les molécules utilisées

- Analogue du GnRH le plus souvent ⁽⁶⁾, parfois associé à une *add back* thérapie pour limiter le risque de la carence œstrogénique ⁽¹⁷⁾
- Acétate de cyprotérone ⁽⁶⁾ ;
- Contraception œstroprogestative continue ⁽²⁾ ;
- Macroprogestatif continu ⁽²⁾ ;
- Dienogest : une étude évoque une efficacité équivalente du dienogest à 4 mg/j comparé aux analogues de la GnRH ⁽¹⁸⁾ ;
- Danazol ⁽⁴⁾.

Le traitement hormonal postopératoire est maintenu 6 à 12 mois ⁽⁶⁾. En France le traitement recommandé est un analogue du GnRH pendant 6 mois ⁽²⁾.

L'association du traitement chirurgical et médical diminue également les plaintes au niveau thoracique ⁽⁹⁾.

DISCUSSION

Il est retrouvé des CP gauches plus fréquents chez les patientes de moins de 20 ans ⁽¹⁹⁾. Les lésions diaphragmatiques sont plus rares alors que les blebs et les bulles sont plus fréquentes ⁽¹⁹⁾. Ceci évoque une physiopathologie différente plutôt en faveur de l'embolisation lymphovasculaire ou de la métaplasie cœlomique ⁽¹⁹⁾.

Une étude sur de petits effectifs s'est intéressée à la fertilité dans le pneumothorax cataménial. Elle semble indiquer qu'il n'existe pas d'impact de l'endométriose thoracique seule sur la fertilité ⁽²⁰⁾. Les difficultés de conception semblent liées à l'endométriose pelvienne lorsqu'elles sont associées ⁽²⁰⁾.

La revue de littérature n'a pas permis de dégager une prise en charge de référence. Les pratiques varient selon les équipes. Il existe également des incohérences dans la définition du CP et la classification des différentes présentations anatomo-cliniques. Il existe par ailleurs 40 % des CP pour lesquels aucune lésion anatomique n'est retrouvée ⁽²⁾. Il se pose donc la question d'une physiopathologie différente ⁽⁷⁾ ou d'une absence de reconnaissance des lésions ⁽⁵⁾.

Une limite de ce travail est le faible nombre d'articles inclus du fait de la rareté de la pathologie et des publications. Une autre limite se situe dans la revue des publications des cinq dernières années, une durée plus importante aurait probablement permis de faire des comparaisons de prise en charge.

CONCLUSION

Le CP est une pathologie rare, potentiellement grave et récidivante. La sensibilisation du public pourrait permettre de cibler les femmes ayant des symptômes compatibles avec une endométriose thoracique et prévenir l'apparition des manifestations telles que le CP.

En cas d'endométriose thoracique avérée, un bilan pelvien est recommandé pour évaluer l'existence de lésions pelviennes.

Le traitement est toujours multidisciplinaire. Il associe toujours le traitement chirurgical et hormonal.

Des études complémentaires sur de plus grands effectifs pourraient permettre d'optimiser la prise en charge des patientes. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Netgen. *Prise en charge du pneumothorax spontané et cataménial*. Revue Médicale Suisse. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2487/23910>
2. Merlot B, Ploteau S, Abergel A, Rubob C, Hocke C, Canis M, et al. *Endométriose extra-génitale : atteintes pariétales, thoraciques, diaphragmatiques et nerveuses*. RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. mars 2018 ; 46 (3) : 319-25.
3. Hwang SM, Lee CW, Lee BS, Park JH. *Clinical features of thoracic endometriosis : A single center analysis*. Obstet Gynecol Sci. mai 2015 ; 58 (3) : 223-31.
4. Narula N, Ngu S, Avula A, Mansour W, Chalhoub M. *Left-sided Catamenial Pneumothorax : A Rare Clinical Entity*. Cureus. 2 mai 2018 ; 10 (5) : e2567.
5. Shrestha B, Shrestha S, Peters P, Ura M, Windsor M, Naidoo R. *Catamenial Pneumothorax, a Commonly Misdiagnosed Thoracic Condition : Multicentre Experience and Audit of a Small Case Series With Review of the Literature*. Heart Lung Circ. 22 févr 2019 ;
6. Fournel L, Bobbio A, Robin E, Canny-Hamelin E, Alifano M, Regnard J-F. *Clinical presentation and treatment of catamenial pneumothorax and endometriosis-related pneumothorax*. Expert Review of Respiratory Medicine. 2 déc 2018 ; 12 (12) : 1031-6.
7. Bricelj K, Srpčič M, Ražem A, Snoj Ž. *Catamenial pneumothorax since introduction of video-assisted thoracoscopic surgery : A systematic review*. Wien Klin Wochenschr. oct 2017 ; 129 (19-20) : 717-26.
8. Rousset P, Rousset-Jablonski C, Alifano M, Mansuet-Lupo A, Buy J-N, Revel M-P. *Thoracic endometriosis syndrome : CT and MRI features*. Clin Radiol. mars 2014 ; 69 (3) : 323-30.
9. Nezhad C, Main J, Paka C, Nezhad A, Beygui RE. *Multidisciplinary treatment for thoracic and abdominopelvic endometriosis*. JSLS. sept 2014 ; 18 (3).
10. Marjański T, Sowa K, Czapla A, Rzyman W. *Catamenial pneumothorax - a review of the literature*. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Pol. juin 2016 ; 13 (2) : 117-21.
11. Rousset P, Gregory J, Rousset-Jablonski C, Hugon-Rodin J, Regnard J-F, Chapron C, et al. *MR diagnosis of diaphragmatic endometriosis*. Eur Radiol. nov 2016 ; 26 (11) : 3968-77.
12. Yukumi S, Suzuki H, Morimoto M, Shigematsu H, Okazaki M, Abe M, et al. *Two Young Women with Left-sided Pneumothorax Due to Thoracic Endometriosis*. Intern Med. 2016 ; 55 (23) : 3491-3.
13. Maniglio P, Ricciardi E, Meli F, Vitale SG, Noventa M, Vitagliano A, et al. *Catamenial pneumothorax caused by thoracic endometriosis*. Radiol Case Rep. 13 oct 2017 ; 13 (1) : 81-5.
14. Aissa S, Benzarti W, Alimi F, Gargouri I, Salem HB, Aissa A, et al. *Catamenial pneumothorax revealing diaphragmatic endometriosis : a case report and revue of literature*. Pan Afr Med J. 14 juin 2017 ; 27.
15. Beranger F, de Lesquen H, Goin G, Natale C, Bonnet P-M, Avaro J-P. *[Catamenial pneumothorax : easy to see, difficult to manage]*. Rev Pneumol Clin. juin 2014 ; 70 (3) : 127-32.
16. Visouli AN, Zarogoulidis K, Kougioumtzi I, Huang H, Li Q, Dryllis G, et al. *Catamenial pneumothorax*. J Thorac Dis. oct 2014 ; 6 (Suppl 4) : S448-460.
17. Garner M, Ahmed E, Gatiss S, West D. *Hormonal manipulation after surgery for catamenial pneumothorax*. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 01 2018 ; 26 (2) : 319-22.
18. Lalani S, Black A, Hodge MC, Tulandi T, Chen I. *Dienogest Therapy as a Treatment for Catamenial Pneumothorax : Case Report and Review of Hormonal Options*. J Obstet Gynaecol Can. sept 2017 ; 39 (9) : 764-8.
19. Inoue T, Chida M, Inaba H, Tamura M, Kobayashi S, Sado T. *Juvenile catamenial pneumothorax : institutional report and review*. J Cardiothorac Surg. 13 juin 2015 ; 10 : 83.
20. Ottolina J, De Stefano F, Viganò P, Ciriaco P, Zannini P, Candiani M. *Thoracic Endometriosis Syndrome : Association With Pelvic Endometriosis and Fertility Status*. J Minim Invasive Gynecol. avr 2017 ; 24 (3) : 461-5.



Euromédial, créateur du set complet de pose avec stérilet depuis 2010!

Chère Madame, Cher Monsieur,

Vous avez très certainement eu connaissance, par le biais de l'ANSM ou de différentes associations de Gynécologues et de Sage-femmes, voire même avez été confronté(e) au problème de fabrication des stérilets Eurogine que nous distribuions (rupture des stérilets Novaplus et Ancora au moment de l'extraction).

Nous souhaitons, à travers ce communiqué, vous présenter nos excuses, ainsi qu'à vos patientes, pour les conséquences que cela a pu engendrer, et vous informer que nous avons pris toutes nos dispositions et cessé nos relations avec ce fabricant espagnol de DIU, au cuivre et argent, Eurogine.

Euromédial Gynécologie continue, bien évidemment, ses activités de promotion et de commercialisation de sa gamme SETHYGYN, créée en 2010, avec toujours le même concept novateur du DIU avec set de pose, sans surcoût pour la patiente ou le professionnel de santé.

Toujours désireux d'apporter un service supplémentaire aux patientes et aux professionnels de santé, nous vous proposons maintenant un stérilet avec hystéromètre que vous retrouverez dans les références ci-après.

Nous vous remercions pour votre confiance et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Au plaisir de vous revoir sur notre stand lors des prochains congrès !

Mélanie et Christophe NORMAND

		Avec set de pose		Sans set de pose	
		Dénomination	Référence	Dénomination	Référence
DIU cuivre		Sethygyn T 380 A	9712162	Euromédial T 380 A	9707534
		Sethygyn T 380 Cu - Normal	9712179	Euromédial T 380 Cu - Normal	9707563
		Sethygyn T 380 Cu - Mini	9712185	Euromédial T 380 Cu - Mini	9707557
		Sethygyn 375 Cu - Normal	9712156	Euromédial 375 Cu - Normal	9707540
DIU Cuivre + Argent		Sethygyn T 380 Ag - Normal	9712127	Euromédial T 380 Ag - Normal	9712015
		Sethygyn T 380 Ag - Mini	9712110	Euromédial T 380 Ag - Mini	9712021
		Sethygyn T 380 Ag - Maxi	9712188	Euromédial T 380 Ag - Maxi	9712009



Conseil de prescription : " dénomination du stérilet + référence "

Évaluation des Maisons de Naissance

SYNTHÈSE DU RAPPORT D'ÉTUDE SUR LA QUALITÉ DES SOINS PRODIGUÉS EN MAISONS DE NAISSANCE EN FRANCE (NOV. 2019)

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME, RÉDACTEUR EN CHEF DES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Testées en France les maisons de naissance permettent un accouchement sans hospitalisation, « dans le respect de la physiologie ». Une première étude, menée sur 649 dossiers, tire un premier bilan. L'ouverture de maisons de naissance ayant été accordée à titre expérimental, la fin de cette expérimentation est prévue courant 2020. Or aucune étude scientifique n'avait été réalisée sur l'ensemble des huit maisons de naissance concernant la qualité des soins prodigués dans ces structures avant celle-ci. Cette étude est essentielle car elle fournit au législateur qui devra décider de la pérennisation ou non, des données probantes.

Au total, en 2018 l'accouchement en maison de naissance a représenté moins de 0,1 % des naissances vivantes ayant eu lieu en France.

Dans l'expérimentation prévue par la loi de décembre 2013, les maisons de naissances sont définies en France comme des « structures contiguës » à une maternité partenaire, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes dont elles ont organisé le suivi de la grossesse » (Figures 1 et 2).

FIGURE 1 > CARACTÉRISTIQUES D'UNE MAISON DE NAISSANCE EN FRANCE

- **QUOI?** Structure sous la responsabilité exclusive d'une sage-femme, contiguë à une maternité.
- **POUR QUI?** Les femmes enceintes à bas risque obstétrical.
- **Y SONT ASSURÉS**
 - Les consultations médicales de grossesse ;
 - La préparation à la naissance et à la parentalité ;
 - Les accouchements sans analgésie péridurale ;
 - Les soins après l'accouchement pour la mère ou l'enfant.

Pas d'hébergement, signifiant un retour à domicile quelques heures après l'accouchement.

> UN MODÈLE

Une femme/une sage-femme, centré sur la femme qui prévoit un accouchement ambulatoire.

CETTE ÉTUDE A ÉTÉ MENÉE PAR :

- **Responsable scientifique du groupe de recherche sur l'évaluation des Maisons de naissance:** Anne Chantry, RM, PhD Épidémiologiste, enseignante-chercheuse en santé publique et en maïeutique Inserm, Université de Paris, équipe « Épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique » (Epopé), Paris École de sages-femmes de Baudelocque, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris. **Contact :** anne.chantry@inserm.fr - 01.42.34.55.70.
- **Auteurs :** Anne Chantry, Priscille Sauvegrain, Ingele Roelens, Candy Guiguet-Auclair, Sophie Goyet, Françoise Vendittelli.
- **Un Comité scientifique a accompagné la recherche :**
 - **Pour l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [AFPA]:** Docteure Fabienne Kocher, pédiatre, Orléans ;
 - **Pour le Club des Anesthésistes Réanimateurs en Obstétrique [CARO]:** Professeure Hawa Keita-Meyer, anesthésiste-réanimatrice, Hôpital Necker, AP-HP, Université de Paris, Paris ;
 - **Pour le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français [CNGOF]:** Professeure Camille Le Ray, gynécologue-obstétricienne, épidémiologiste, Hôpital Port-Royal, AP-HP, Inserm unité 1153 équipe Epopé, Université de Paris, Paris ;
 - **Pour le Collège National des Sages-Femmes de France [CNSF]:** Sophie Guillaume, Sage-femme coordonnatrice, Hôpital Necker, AP-HP, Paris ;
 - **Pour la Société Française de Néonatalogie [SFN]:** Docteur Thameur Rakza, pédiatre, Centre Hospitalier Régional de Lille, Maternité Jeanne de Flandres, Lille ;
 - **Pour l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie [AUDIPOG]:** Docteure Françoise Vendittelli, Épidémiologiste, gynécologue obstétricienne, présidente du conseil scientifique AUDIPOG, Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, CNRS, SIGMA Clermont, Institut Pascal ;
 - **Représentante d'une Agence Régionale de Santé [ARS]:** Docteure Christiane Michalewicz, ARS Pays de Loire, Nantes ;
 - **Pour le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance [CIANE]:** Anne Evrard, usagère, Lyon ;
 - **Pour le Collectif des Maisons de Naissance:** Mathilde Revolon, Sage-femme, Maison de naissance Premières Heures Au monde - PHAM, Bourgoin-Jallieu.

FIGURE 2 > DÉTAILS SUR L'IMPLANTATION DES MAISONS DE NAISSANCE ET DE LEURS MATERNITÉS PARTENAIRES

Maisons de naissance			Maternités partenaires	
Département	Ville	Nom	Nom	Type
Meurthe et Moselle	Nancy	Un nid pour Naître	CHU Nancy	3
Alsace	Sélestat	Manala	CH de Sélestat	1
Isère	Grenoble	La Maison	Maternité mutualiste de Grenoble	1
Isère	Bourgoin-Jallieu	Premières Heures Au Monde -PHAM	CH Pierre Oudot	2A
Paris	Paris	Comme A La Maison - CALM	Maternité des Bluets	1
Tarn	Castres	Doumaia	CH de Castres	2A
Guadeloupe	Baie-Mahault	Joie de Naître	Clinique des eaux claires	1
La Réunion	Saint-Paul	Maison de Naissance de l'Ouest -Manao	CH Ouest Réunion	2B

TABLEAU 1 > SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES, INTERNATIONALES CONDUITES EN POPULATION, AYANT COMPARÉ LES INTERVENTIONS ET ISSUES AYANT LIEU EN MAISONS DE NAISSANCE VERSUS EN HÔPITAL

Auteurs	Brocklehurst & al., BMJ, 2011		Homer & al., BMJ Open, 2019	Scarf et al., Midwifery, 2018
Journal et année de publication	Angleterre		Australie	International, plusieurs pays
Lieu d'étude	Cohorte nationale prospective, n=64 538 femmes à bas risques		Etude nationale rétrospective sur 13 ans, n= 1 251 420 femmes à bas risque	Méta-analyse - 28 études
Détails sur l'étude				
Unités comparées	AMU vs. maternité aOR [95% CI]	FMU vs. maternité aOR [95% CI]	AMU vs. maternité aOR [95% CI]	AMU vs. maternité aOR [95% CI]
Interventions				
Utilisation d'oxytocine pour diriger le travail	0.37 [0.30 - 0.46]	0.26 [0.20 - 0.33]	0.41 [0.40-0.43]	
Épisiotomie	0.62 [0.50 - 0.77]	0.40 [0.32 - 0.51]	0.37 [0.36-0.39]	
Analgésie péridurale ou générale	0.40 [0.32 - 0.50]	0.27 [0.22 - 0.34]	0.41 [0.39-0.43]	
Accouchement par ventouse	0.56 [0.39 - 0.82]	0.32 [0.22 - 0.47]	0.42 [0.40-0.44]	
Accouchement par forceps	0.70 [0.46 - 1.05]	0.45 [0.32 - 0.63]	0.54 [0.50-0.58]	0.58 [0.46-0.72]
Césarienne pendant le travail	0.39 [0.29 - 0.53]	0.32 [0.24 - 0.42]	0.45 [0.43-0.48]	0.54 [0.42-0.70]
Sécurité				
Issues maternelles				
Accouchement normal sans intervention pour toutes les femmes	2.50 [2.02 - 3.08]	3.86 [3.16 - 4.72]	2.72 [2.63 - 2.81]	2.05 [1.60 - 2.63]
Accouchement normal sans intervention pour les femmes sans complication au début du travail	2.21 [1.77 - 2.75]	3.42 [2.74 - 4.27]		
Périnée intact				1.04 [0.82-1.30]
Traumatisme périnéal sévère				0.93 [0.87-0.99]
Hémorragie sévère du post-partum (≥ 1000ml)			0.66 [0.56-0.78]	0.83 [0.63-1.09]
Admission en unités de réanimation et/ou de soins intensifs			0.42 [0.31-0.56]	
Ré-hospitalisation dans les 28 jours après l'accouchement			1.18 [0.85-1.64]	
Issues néonatales				
Issue périnatale défavorable (morbidité & mortalité)- chez toutes les femmes	0.92 [0.60-1.39]	0.92 [0.58-1.46]		
Issue périnatale défavorable (morbidité & mortalité)- chez femmes sans complication au début du travail	1.26 [0.80-1.99]	1.22 [0.76-1.96]		
Mort-né et décès néonatal			0.64 [0.40-1.02]	0.65 [0.31-1.34]
Décès néonatal				0.82 [0.25-2.63]
Admission en unités de réanimation et/ou de soins intensifs			1.24 [1.10-1.39]	0.88 [0.59-1.32]
Ré-hospitalisation dans les 28 jours après la naissance			0.95 [0.90-1.01]	
Interventions				
Utilisation d'oxytocine pour diriger le travail	0.37 [0.30 - 0.46]	0.26 [0.20 - 0.33]	0.41 [0.40-0.43]	
Épisiotomie	0.62 [0.50 - 0.77]	0.40 [0.32 - 0.51]	0.37 [0.36-0.39]	
Analgésie péridurale ou générale	0.40 [0.32 - 0.50]	0.27 [0.22 - 0.34]	0.41 [0.39-0.43]	
Naissance instrumentale par ventouse	0.56 [0.39 - 0.82]	0.32 [0.22 - 0.47]	0.42 [0.40-0.44]	
Naissance instrumentale par forceps	0.70 [0.46 - 1.05]	0.45 [0.32 - 0.63]	0.54 [0.50-0.58]	0.58 [0.46-0.72]
Césarienne pendant le travail	0.39 [0.29 - 0.53]	0.32 [0.24 - 0.42]	0.45 [0.43-0.48]	0.54 [0.42-0.70]

AMU : Alongside Midwifery Unit = maison de naissance adjacente à l'hôpital
 FMU : Freestanding Midwifery Unit = maisons de naissance éloignée de l'hôpital

Les femmes enceintes concernées doivent être des femmes enceintes dont la grossesse ne présente pas de risque materno-fœtal identifié. Les interventions techniques y sont extrêmement limitées ; ainsi on ne retrouve en maison de naissance ni déclenchement du travail, ni accélération du travail par administration d'oxytocine, ni péridurale.

Les maisons de naissance n'assurent pas d'hébergement postnatal et les femmes et leurs bébés rentrent à leur domicile quelques heures après. Les urgences obstétricales n'y sont pas non plus prises en charge.

Depuis novembre 2015, huit maisons de naissances sont autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée de cinq ans : 6 sont implantées en métropole et 2 dans les DROM.

À L'INTERNATIONAL

Elles sont dénommées *Midwifery Units (MU)* en anglais. La première « maison de naissance », comparable à celles que nous connaissons actuellement en France, a ouvert ses portes à New York en 1975. Il en existe aujourd'hui plus de 150 aux États-Unis, 169 au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne ou encore 25 en Suisse.

En 2019, la Bulgarie et la République Tchèque ont ouvert leur première maison de naissance. Selon la distance qui les sépare ou non de la maternité partenaire, on parle de *along-side midwifery units*, dites adjacentes aux services d'obstétrique ou de *freestanding midwifery units*, localisées à distance des services d'obstétrique (Tableau 1 page précédente).

OBJECTIFS

L'**objectif global** de l'étude était d'évaluer la qualité des soins prodigués lors du travail et de l'accouchement en France en maisons de naissance (MDN).

Les **objectifs spécifiques** étaient :

- De déterminer le nombre et la fréquence des femmes ayant accouché en MDN en France en 2018 ;
- D'évaluer la pertinence des soins prodigués en MDN (« les bons soins au bon patient »), soit d'évaluer les caractéristiques des femmes et leur éligibilité pour ce type de prise en charge ;
- D'évaluer l'efficacité des soins prodigués en MDN, soit d'évaluer les caractéristiques du travail et de l'accouchement ;
- D'évaluer la sécurité des soins prodigués en MDN selon les critères habituels de morbidité et mortalité fœtale, maternelle et néonatale ;
- D'évaluer les motifs de transferts des femmes vers les maternités partenaires.

TYPE D'ÉTUDE ET POPULATION CIBLE

Étude nationale descriptive, de type cohorte historique. Des femmes suivies pendant la grossesse dans les huit maisons de naissance de France et dont l'accouchement était planifié dans ces structures au cours de l'année 2018.

Les données étaient issues de la base de données informatisées de l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG).

Le collectif des Maisons de naissance a développé avec l'AUDIPOG un dossier informatisé d'évaluation adapté aux particularités des maisons de naissance et renseigné par chaque sage-femme pour chaque femme.

L'exhaustivité de la base de données pour recenser les accouchements ayant eu lieu en maisons de naissance en 2018 a été vérifiée par comparaison aux registres d'état civil de déclaration des naissances.

POPULATION D'ÉTUDE

La population d'étude était constituée de toutes les femmes suivies pour la grossesse dans toutes les maisons de naissance de France métropolitaine et des DROM durant l'année 2018 (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et prises en charge pour un accouchement en maison de naissance, quel que soit son lieu final.

CRITÈRES DE JUGEMENT

- **La pertinence des soins** a été évaluée à partir des caractéristiques des femmes en reprenant les critères d'éligibilité interprétés à partir des recommandations de la HAS et des critères internationaux que les sages-femmes du collectif des maisons de naissance se sont fixés (inélégibilité des utérus cicatriciels et des grossesses gémellaires). Le pourcentage de respect des critères d'éligibilité a été calculé en rapportant au nombre total de femmes ayant accouché en maison de naissance, le nombre de femmes pour lesquelles les critères d'éligibilité étaient respectés. D'autres caractéristiques des femmes ont également été étudiées : les caractéristiques anthropomorphiques (âge, indice de masse corporelle), les caractéristiques sociodémographiques (pays de naissance, niveau d'étude) et les caractéristiques obstétricales (parité, grossesse unique, âge gestationnel à l'accouchement, présentation du fœtus au cours du travail, antécédent significatif, pathologie de la grossesse et mode d'entrée en travail).
- **L'efficacité des soins** prodigués en maison de naissance pendant le travail obstétrical a été évaluée à partir des critères suivants : la durée de la phase active (définie à partir de 5 cm de dilatation cervicale), l'apparition de pathologies lors du travail, la rupture de la poche des eaux (spontanée ou artificielle), le nombre de touchers vaginaux réalisés, la possibilité de s'alimenter et de s'hydrater, l'utilisation du bain et le mode d'analgésie/anesthésie utilisé. Pendant l'accouchement, l'efficacité des soins a été évaluée à partir des critères suivants : la position de la femme au moment de la naissance de l'enfant, le maintien ou non de la tête fœtale par la sage-femme au moment de la naissance, la durée des efforts expulsifs (en min), l'accouchement dans l'eau, le mode d'accouchement (voie basse spontanée, voie basse instrumentale ou césarienne), l'administration préventive d'oxytocine (encore appelée « délivrance dirigée »), la réalisation d'une épisiotomie, le poids du nouveau-né à la naissance, l'allaitement maternel à la sortie et la durée de séjour du post-partum.
- **La sécurité des soins** prodigués en maison de naissance a été évaluée à partir des indicateurs de résultats habituels de morbi-mortalité maternelle et néonatale.

- Pour la mère, ces indicateurs étaient :** l'état du péri-née (intact, déchirure 1^{er} et 2^e degrés, déchirure 3^e et 4^e degrés, épisiotomie), l'hémorragie sévère du post-partum (définie ici par des pertes sanguines $\geq 1\,000$ ml après pesée des compresses et alèses après l'accouchement), la transfusion de culots globulaires en cas d'hémorragie, le transfert maternel en unités de soins intensifs ou de réanimation et la mortalité maternelle (décès de la femme pendant l'accouchement ou la première semaine du post-partum), la ré-hospitalisation de la mère dans les 30 jours pour motif lié à l'accouchement ou ses suites et l'identification d'un événement indésirable grave à déclaration obligatoire auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente.
- Pour l'enfant, ces indicateurs étaient :** le score d'Apgar à 5 minutes de vie (score d'adaptation à la vie extra-utérine), la nécessité d'une prise en charge néonatale immédiate par des gestes médicaux (ventilation, intubation ou injection d'adrénaline), le transfert du nouveau-né en maternité ou en néonatalogie pour raison médicale et enfin, la mortalité (décès du fœtus à partir de 22 semaines de grossesse ou du travail) et la mortalité néonatale précoce (décès du nouveau-né pendant la 1^{re} semaine de vie), la ré-hospitalisation du nouveau-né dans les 30 jours pour motif lié à la période néonatale et l'identification d'un événement indésirable grave à déclaration obligatoire auprès de l'ARS.

ANALYSES

L'analyse descriptive globale sur le modèle d'une analyse réalisée « en intention de traiter », c'est-à-dire, en maintenant dans le groupe « accouchement planifié en maison de naissance » toutes les femmes prévues pour ce type d'accouchement et ayant été accompagnées en maison de naissance pendant le travail, quel que soit le lieu final de prise en charge (maison de naissance ou maternité partenaire). éligibles et accompagnées en maison de naissance pendant le travail.

Pour comparer les résultats français aux résultats des études internationales, les auteurs ont comparé entre elles les fréquences des issues maternelles et néonatales retrouvées dans les études en interprétant leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %).

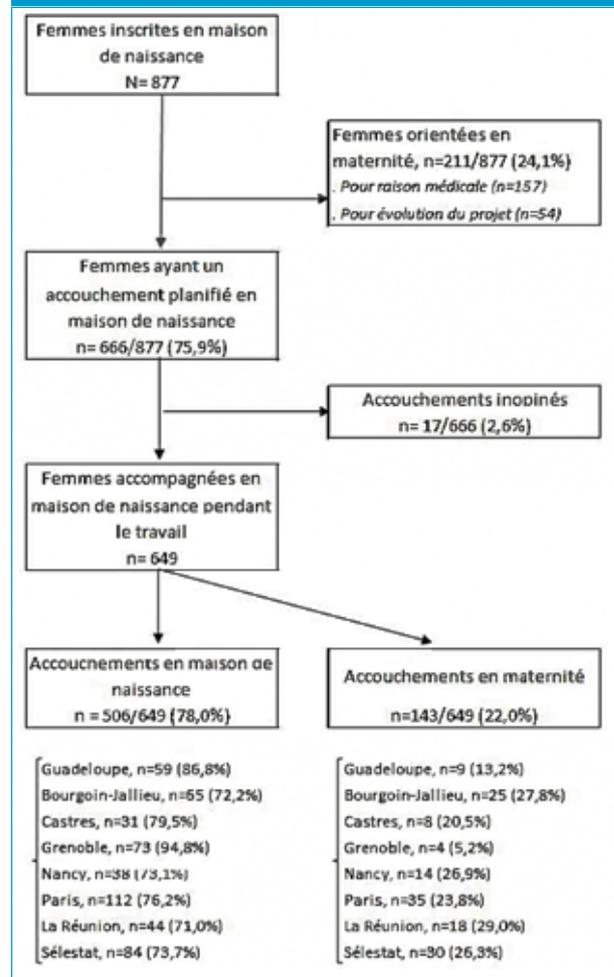
Ces analyses ont été réalisées selon les conditions d'application, à partir des tests statistiques du chi², chi² corrigé de Yates ou Fisher pour les variables catégorielles et des tests de Student et de Mann et Withney pour les variables continues.

Pour compléter certains résultats, une description semi-qualitative de certains cas a été fournie.

RÉSULTATS

En 2018, parmi les 877 femmes ayant initié un suivi prénatal dans les huit maisons de naissance de France, 211 femmes (24 %) ont été orientées vers une maternité pour raison médicale (n = 154, soit 74 % des orientations) ou ont changé d'avis après leur inscription au profit d'un suivi et d'un accouchement en maternité (n = 54, soit 26 % des orientations). Selon la maison de naissance, le nombre

FIGURE 3 > EFFECTIFS ET FRÉQUENCE DES FEMMES INSCRITES ET ACCOUCHEANT DANS LES 8 MAISONS DE NAISSANCE DE FRANCE EN 2018



d'accouchements dans la structure en 2018 était compris entre 31 et 112, avec un pourcentage de transfert en maternité partenaire qui variait entre 5,2 et 29 % (Figure 3).

Au sein de la population de femmes ayant un accouchement planifié en maison de naissance (n = 666), 17 femmes (2,6 %) ont accouché de façon inopinée, avant même d'avoir pu être accompagnées pour le travail en maison de naissance. Ces accouchements ont eu lieu soit sur le trajet entre le domicile de la femme et la maison de naissance (n = 4 ; une en voiture et trois sur le parking de la maison de naissance), soit au domicile de la femme sans y avoir été programmés (n = 13 ; sept à domicile avant ou après l'arrivée des pompiers ou du SMUR, sans présence de sage-femme et six à domicile avec une sage-femme arrivée in extremis, à dilatation très avancée ou au moment de la naissance).

Concernant les issues maternelles, l'accouchement et ses suites étaient sans particularité pour 16 femmes sur 17 et une femme a présenté une hémorragie du post-partum. Elle a accouché à domicile avec le SMUR, a été transférée en maison de naissance pour la délivrance, puis transférée vers la maternité partenaire pour délivrance incomplète. Parmi les 649 femmes accompagnées en maison de nais-

sance pendant le travail, 506 (78 %) y ont effectivement accouché et 143 (22 %) ont été transférées vers la maternité partenaire pendant le travail.

PERTINENCE DES SOINS

Les femmes accompagnées en MDN pendant le travail (Tableau 2) :

- Étaient âgées de moins de 35 ans (67 %) ;
- Avaient un indice de masse corporelle normal (78 %) ;
- Étaient nées en France (90 %) ;
- Avaient un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat (90 %) ;

- Ne fumaient pas pendant la grossesse (97 %) ;
- Présentaient une grossesse unique, à terme, avec une mise en travail spontanée.
- Pour 56 % étaient primipares.

Pour quatre femmes, le fœtus se présentait en siège ou transverse pendant le travail, trois ont été transférées pour accoucher dans les maternités partenaires et une a accouché par voie basse en maison de naissance (siège non diagnostiqué, poche des eaux intacte).

L'analyse comparative montre que les femmes transférées étaient significativement plus souvent primipares.

TABLEAU 2 > DESCRIPTION DES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET COMPARAISON SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance		Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE		Femmes ayant accouché en MATERNITE		p de signification
	N=649		N=506		N=143		
	n (%)	m ± [ET]	n (%)	m ± [ET]	n (%)	m ± [ET]	
Caractéristiques anthropomorphiques							
Age maternel (n=640)							
< 35	428 (66,9)	32,5 [4,5]	331 (66,3)	32,6 [4,4]	97 (68,8)	32,2 [4,6]	0,734
≥ 35 - < 40	177 (27,6)		139 (27,9)		38 (26,9)		
≥ 40	35 (5,5)		29 (5,8)		6 (4,3)		
Indice de masse corporelle (IMC) (n=602)							
Maigre (< 18,5)	57 (9,5)	21,8 [3,3]	48 (10,1)	21,8 [3,3]	9 (7,0)	22,0 [3,4]	0,018
Corpulence normale ([18,5-25[)	467 (77,6)		371 (78,3)		96 (75,0)		
Surpoids ([25-30[)	63 (10,5)		41 (8,6)		22 (17,2)		
Obésité (≥30)	15 (2,5)		14 (3,0)		1 (0,8)		
Caractéristiques socio-démographiques							
Pays de naissance (n=581)							
France	521 (89,7)		409 (70,4)		112 (86,2)		0,645
Europe	25 (4,3)		22 (4,8)		3 (2,4)		
Afrique	17 (2,9)		13 (2,8)		4 (3,2)		
Asie et autres	18 (3,1)		13 (2,8)		5 (4,0)		
Niveau d'étude supérieur (n=585)							
Oui (>Bac)	526 (89,9)		414 (90,2)		112 (88,9)		0,667
Non	59 (10,1)		45 (9,8)		14 (11,1)		
Tabac pendant la grossesse (n=606)	19 (3,1)		16 (3,4)		3 (2,3)		0,487
Caractéristiques obstétricales							
Parité (n=643)							
Primipare	361 (56,1)		238 (47,6)		123 (86,0)		<0,0001
Multipare	282 (43,9)		262 (52,4)		20 (14,0)		
2ème pare	180 (28,0)		167 (33,4)		13 (9,1)		
3ème pare	75 (11,7)		71 (14,2)		4 (2,8)		
≥ 4ème pare	27 (4,2)		24 (4,8)		3 (2,1)		
Grossesse unique (n=649)	649 (100,0)		506 (100,0)		143 (100,0)		1
Age gestationnel à l'accouchement (n=647)							
[37 - 41 SA[516 (79,8)	39,9 [1,0]	407 (80,4)	39,9 [1,0]	109 (77,3)	39,9 [1,0]	0,326
≥ 41 SA	129 (19,9)		98 (19,4)		31 (22,0)		
≥ 42 SA	2 (0,3)		1 (0,2)		1 (0,7)		
Présentation du fœtus (n=610)							
Sommet	606 (99,3)		503 (99,8)		103 (97,2)		0,018
Siège	3 (0,5)		1 (0,2)		2 (1,9)		
Transverse	1 (0,2)		0 (0)		1 (0,9)		
Antécédents significatifs							
Médical interférant potentiellement avec la grossesse (n=638)							
Prématurité (n=646)	8 (1,2)		7 (1,4)		1 (0,7)		<0,001
MFIU ou décès néonatal (n=646)	4 (0,6)		4 (0,8)		0 (0)		
Utérus cicatriciel (n=646)	0 (0)		0 (0)		0 (0)		
Pathologie au cours de la grossesse (n=638)							
Hypertension	1 (0,2)	32 (5,0)	0 (0)	22 (4,4)	1 (0,7)	10 (7,2)	0,183
Diabète gestationnel insuliné	1 (0,2)		1 (0,2)		0 (0)		
Menace d'accouchement prématuré*	1 (0,2)		3 (0,2)		0 (0)		
Non renseigné	11 (1,7)		9 (1,7)		2 (1,4)		
Mode de début de travail (n=643)							
Spontané	643 (100,0)		505 (100,0)		138 (100,0)		1

* 1 femme a présenté une menace d'accouchement prématuré non sévère avec hospitalisation et a accouché à terme

EFFICACITÉ DES SOINS (Tableaux 3 et 3 bis)

- La rupture artificielle de la poche des eaux a été effectuée chez moins de 3 %.
- Pour plus de 85 %, aucune pathologie n'a été diagnostiquée au cours du travail.
- Les deux principales causes de pathologies identifiées pour les femmes transférées étaient :
 - La dystocie du 1^{er} ou 2^e stade du travail (plus de deux tiers des cas) ;
 - L'altération du rythme cardiaque fœtal associée ou non à un liquide amniotique teinté ou méconial (un tiers des cas).
- Parmi les quatre femmes non transférées :
 - Une avait présenté une dystocie dynamique pendant le travail, résolue par une amniotomie ;

- Pour les trois autres, une altération du RCF et/ou de la couleur du liquide amniotique avait été diagnostiquée ;
- Pour ces trois femmes, le liquide amniotique était teinté et fluide pendant le travail et, dans un cas, il était devenu méconial, épais à l'accouchement, sans conséquence néonatale.

■ Pendant le travail :

- 16,6 % ont été transférées pour bénéficier d'une analgésie/analgésie ;
- Moins de 3 % ont eu une rupture artificielle de la poche des eaux ;
- Plus de 54 % n'ont eu qu'un seul ou aucun toucher vaginal au total ;
- 62 % se sont hydratées ;
- Près de 47 % ont pu utiliser un bain d'eau chaude pour soulager les douleurs.

TABLEAU 3 > DESCRIPTION DES CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL ET COMPARAISON SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance		Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE		Femmes ayant accouché en MATERNITE	
	N=649		N=506		N=143	
	n (%)	m ± [ET]	n (%)	m ± [ET]	n (%)	m ± [ET]
Durée de la phase active (≥5 cm) (n=411)						
<2h	111 (27,0)	4,0 ± [3,6]	110 (30,5)	3,1 ± [2,3]	1 (2,0)	9,9 ± [5,4]
2h - 3h59	124 (30,2)		123 (34,1)		1 (2,0)	
4h - 5h59	90 (21,9)		81 (22,4)		9 (18,0)	
≥ 6h	86 (20,9)		47 (13,0)		39 (78,0)	
Pathologie/difficulté du travail (n=637)						
Oui, (détail pour n=64*)	92 (14,4)		4 (0,8)		88 (64,2)	
Dystocie lors du 1 ^{er} ou 2 ^{ème} stade du travail	47 (73,4)		1		46	
Altération du rythme cardiaque et/ou du liquide amniotique (teinté ou méconial)	23 (35,9)		3		20	
Souhait d'analgésie péridurale et/ou fatigue maternelle	7 (10,9)		0		7	
Présentation autre que céphalique	4 (6,3)		1		3	
Rupture prématurée des membranes	4 (6,3)		1		3	
Procidence du cordon ombilical	1 (1,6)		0		1	
Autre	2 (1,6)		0		2	
Rupture artificielle de la poche des eaux (n=598)						
Oui	41 (6,9)		14 (2,8)		27 (28,4)	
Non	557 (93,1)		489 (97,2)		68 (71,6)	
Nombre de toucher vaginal pendant le travail (n=501)			1,7 ± [1,6]		-	
Aucun			129 (25,7)		-	
1			142 (28,3)		-	
2			110 (22,0)		-	
3			62 (12,4)		-	
4 et plus			58 (11,6)		-	
Possibilité de s'alimenter / s'hydrater (n=427)						
S'hydrater avec des boissons			264 (61,8)		-	
S'alimenter avec des aliments solides			4 (0,9)		-	
Bain pendant le travail (n=487)			227 (46,6)		-	
Analgésie/anesthésie (n=634)						
Non	529 (83,4)		506 (100,0)		23 (16,8)	
Oui, détails	105 (16,6)		0 (0)		105 (74,2)	
Anesthésie générale	1 (1,0)		-		1 (1,0)	
Péridurale	75 (71,4)		-		75 (71,4)	
Locale (bloc nerf honteux, local simple) / Analgésie inhalatoire / Analgésie morphinique	14 (13,3)		-		14 (13,3)	
Rachianesthésie / Rachi-péridurale combinée	5 (4,8)		-		5 (4,8)	
Donnée manquante	10 (9,5)		-		10 (9,5)	

* catégories non exclusives : plusieurs pathologies ou difficultés du travail possibles pour une même femme

■ En ce qui concerne l'accouchement :

- Plus de 90 % des femmes accompagnées en MDN pendant le travail ont accouché par voie basse spontanée;
- 6,5 % ont accouché par voie basse instrumentale (dans la maternité partenaire);
- 3 % ont eu une césarienne;
- 3,3 % des femmes ont eu une épisiotomie;
- 31 % ont reçu une administration préventive d'oxytocine à l'accouchement;
- 94 % d'entre elles ont adopté une position autre que dorsale : « à quatre pattes » pour 31 % et « accroupie/à genoux » pour 28 %;
- Les efforts expulsifs ont duré en moyenne 22 minutes et ont le plus souvent eu lieu sans que la sage-femme ne maintienne la tête fœtale au moment exact de la naissance (hands off) (77 % de *hands off*);
- 31 % des femmes ont accouché dans l'eau en maison de naissance;
- La durée de séjour moyen en post-partum en maison de naissance était de 3 h 12.

SÉCURITÉ DES SOINS

Près de la moitié a eu un périnée intact (*Tableau 4*).

La proportion de lésion obstétricale du sphincter anal diagnostiquée (LOSA - déchirures des 3^e et 4^e degrés) dans cette population était de 0,5 % (IC95 % [0,1 %, 5 %]) avec deux cas survenus lors d'accouchements en MDN et un cas survenu lors d'un accouchement en maternité.

L'hémorragie sévère du post-partum, caractérisée par des pertes sanguines $\geq 1\ 000$ ml, a concerné 1,4 % (IC95 % [0,6 % -2,7 %]) des femmes accompagnées en MDN pendant le travail, répartie de la façon suivante : 7 sur 8 ont eu lieu en MDN et une en maternité. Aucune n'a nécessité d'acte de traitement de 2^e ligne type embolisation, ligature vasculaire ou hystérectomie. Aucune femme ne présentait de facteur de risque connu. Sur les 7 cas d'hémorragies sévères, 6 femmes n'avaient pas reçu d'administration préventive d'oxytocine.

Il y a eu 6,1 % de transferts (*Tableaux 5 et 6*) postnatals, tous en maternité et aucun en unités de réanimation et/ou de soins intensifs.

Aucun événement indésirable grave maternel, ni aucun décès maternel n'a été relevé.

Dans le premier mois, deux femmes ont été réhospitalisées, l'une pour une endométrite et l'autre pour une aspiration à J8 du post-partum pour rétention de membranes placentaires.

TABLEAU 3 BIS > DESCRIPTION DES CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance	Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE	Femmes ayant accouché en MATERNITE
	N=649 n (%) m ± [ET]	N=506 n (%) m ± [ET]	N=143 n (%) m ± [ET]
Position à l'accouchement (n=498)			
Quatre pattes		154 (30,9)	-
Accroupi / à genoux		139 (27,9)	-
Assis / semi-assis		80 (16,1)	-
Décubitus latéral		59 (11,8)	-
Debout		36 (7,2)	-
Décubitus dorsal		30 (6,0)	-
Maintien du périnée par la sage-femme au moment de l'accouchement (n=315)			
Oui (Hands on)		71 (22,5)	-
Non (Hands off)		244 (77,4)	-
Durée des efforts expulsifs en min (n=475)		22,2 [20,8]	-
Accouchement dans l'eau (n=487)		153 (31,4)	-
Mode d'accouchement (n=629)			
Voie basse spontanée	569 (90,5)	506 (100,0)	64 (51,6)
Césarienne pendant le travail	19 (3,0)	-	19 (15,3)
Voie basse instrumentale	41 (6,5)	-	41 (33,1)
Administration préventive d'oxytocine (délivrance dirigée) (n=586)	183 (31,2)	109 (21,5)	74 (92,5)
Episiotomie (n=585)	19 (3,3)	8 (1,6)	11 (12,6)
Poids de naissance (n=592)	3359 [379,3]	3364 [371,9]	3327 [415,9]
< 1500 g	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1500-2499 g	8 (1,4)	4 (0,8)	4 (4,2)
2500-3999 g	550 (92,9)	462 (93,2)	88 (91,6)
≥ 4000 g	34 (5,7)	30 (6,0)	4 (4,2)
Allaitement maternel à la sortie (n=508)	504 (99,2)	464 (99,2)	40 (100,0)
Durée de séjour dans la structure (en j) (n=508)	0,5 ± [1,0]	0,2 ± [0,1]	1,9 ± [1,8]

TABLEAU 4 > DESCRIPTION DES ISSUES MATERNELLES ET COMPARAISON SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance	Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE	Femmes ayant accouché en MATERNITE
	N=649 n (%)	N=506 n (%)	N=143 n (%)
Issues maternelles			
Etat du périnée (n=585)			
Périnée intact	285 (48,7)	254 (51,0)	31 (35,7)
Déchirure simple ou superficielle	278 (47,5)	234 (47,0)	44 (49,5)
Déchirure du 3 ^{ème} et 4 ^{ème} degré (LOSA)	3 (0,5)	2 (0,4)	1 (1,2)
	IC 95% [0,1-1,5]		
Épisiotomie	19 (3,3)	8 (1,6)	11 (12,6)
	IC 95% [2,0-5,1]		
Hémorragie sévère du post-partum (≥1000ml) (n=581)			
	8 (1,4)	7 (1,4)	1 (1,3)
	IC 95% [0,6-2,7]		
<i>Actes de 2^{ème} ligne en cas d'HPP</i>	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Transfusion de culots globulaires (n=577)			
	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)
	IC 95% [0,0-1,0]		
Transfert maternel en unités de soins intensifs et/ou de réanimation (n=537)			
	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Décès maternel (n=649)			
	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Transfert postnatal de la mère (n=553)			
	34 (6,1)	31 (6,1)	3 (3,3)
	IC 95% [4,3-8,5]		
Ré-hospitalisation dans les 30 jours pour motif lié à l'accouchement ou au post-partum (n=568)			
	2 (0,4)		
	IC 95% [0,0-1,3]		
Évènement indésirable grave (n=579)			
	0 (0)	0 (0)	0 (0)

HPP : hémorragie du post-partum
LOSA : Lésion obstétricale du sphincter de l'anوس

TABLEAU 5 > DESCRIPTION DES MOTIFS DE TRANSFERTS PER-PARTUM POUR RAISON MÉDICALE DES FEMMES AYANT ACCOUCHE EN MATERNITÉ (N = 143), CATÉGORIES NON EXCLUSIVES*

	n (%)
En urgence (code rouge)	
Anomalie du rythme cardiaque fœtal	18 (12,59)
Procidence cordon	1 (0,70)
Hors contexte d'urgence	
Non-progression du travail ou de la présentation (direction du travail)	83 (58,0)
Prise en charge de la douleur	42 (29,4)
Liquide teinté ou méconial	13 (9,1)
Présentation autre que céphalique	3 (2,1)
HTA	1 (0,7)
RPM supérieure à 24h	5 (3,5)
RPM >12h avec strepto B +	1 (0,7)
Non renseigné ou autre (SF non disponible - cyclone)	6 (4,2)

* Plusieurs motifs possibles pour une même femme

TABLEAU 6 > DESCRIPTION DES MOTIFS DE TRANSFERTS POST-PARTUM POUR RAISON MÉDICALE DES FEMMES AYANT ACCOUCHE EN MAISON DE NAISSANCE (N = 31), CATÉGORIES NON EXCLUSIVES*

	n (%)
En urgence	
Hémorragie du post-partum (modérée ou sévère)	17 (54,8)
Rétention placentaire sans hémorragie	5 (16,1)
Malaises	1 (3,2)
Suture déchirure du 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} degré	2 (6,5)
Hors contexte d'urgence	
Souhait de la femme	3 (9,7)
Fatigue sans complication de l'accouchement	1 (3,2)
Précarité sociale	1 (3,2)
Non renseigné	2 (6,4)

* Plusieurs motifs possibles pour une même femme
§ : à noter, 22 transferts pour rapprochement mère-enfant

• Issues néonatales (Tableau 7)

- 1,7 % des enfants ont nécessité des gestes de réanimation néonatale;
- 0,3 % des enfants au total ont présenté un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie;
- Le transfert en néonatalogie a concerné au total 2,2 % des enfants. Dans trois cas, il s'agissait d'enfants nés dans un contexte de liquide amniotique teinté ou méconial;
- Huit nouveau-nés ont été réhospitalisés pour les motifs suivants : deux pour bronchiolite, deux pour hyperthermie, un pour défaut de prise de poids, un pour infection urinaire, un pour subocclusion digestive (constipation sévère - 13 j et hyperthermie) et un pour une chirurgie pour malformation anale;
- Un enfant est décédé en période néonatale (0,2 % IC95 % [0,0 % - 0,9 %]). Il s'agit d'un décès néonatal dans un contexte d'inhalation méconiale à la naissance malgré une aspiration à la naissance en maison de naissance et une réanimation débutée à 3 minutes dans les locaux de la maternité partenaire.

COMPARAISON INTERNATIONALE

Les résultats des enquêtes en population publiées sur les accouchements planifiés en maisons de naissance pour des femmes à bas risque en Australie, en Angleterre et plus largement dans la méta-analyse de Scarf et al. (au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, au Danemark et aux États-Unis), permettent aux auteurs de l'étude de situer

les résultats des maisons de naissances françaises dans ce contexte international. À l'exception des issues périnéales (cf. ci-après), la comparaison des indicateurs de pratique et de sécurité entre la France et les pays cités plus haut indique qu'il n'existe pas de différence significative concernant les issues maternelles et néonatales entre MDN françaises et les MDN évaluées dans ces études (Tableau 8).

Les taux de mortalité néonatale chez des femmes à bas risques ayant un accouchement planifié en maison de naissance sont bas et semblables entre la France et les pays développés qui disposent d'évaluation de leurs MDN.

Pour les issues périnéales, les résultats sont positifs pour la France et montrent qu'il existe une différence significative entre les études dans le sens d'une moindre fréquence d'épisiotomies et de lésions périnéales sévères en France qu'en Angleterre ou en Australie.

Au total, les maisons de naissance implantées en France ont des résultats tout à fait comparables aux résultats des maisons de naissances implantées dans les pays à haut niveau de ressources et évaluées. Ils semblent même meilleurs en France pour les issues périnéales.

La proportion de transferts en per-partum en France est tout à fait comparable à la proportion rapportée dans l'étude anglaise (22 % vs. 21 %). Pour les transferts en néonatalogie, la proportion dans l'étude française était significativement plus élevée en France qu'en Australie, mais significativement non différente de celle retrouvée dans la méta-analyse de Scarf et al.

TABLEAU 7 > DESCRIPTION DES ISSUES NÉONATALES ET COMPARAISON SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance	Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE	Femmes ayant accouché en MATERNITE
	N=649 n (%)	N=506 n (%)	N=143 n (%)
Issues néonatales			
Score d'Apgar < 7 à 5 mn (n=593)	2 (0,3) IC 95% [0,0-1,2]	1 (0,2)	1 (1,1)
Gestes de réanimation néonatale (n=576)	10 (1,7) IC 95% [0,8-3,1]	4 (0,8)	6 (7,5)
Ventilation		3 (0)	-
Intubation		1 (0)	-
Injection d'adrénaline		0 (0)	-
Transfert néonatal, en maternité ou en néonatalogie, pour raison médicale (n=600)	37 (6,2) IC 95% [4,4-8,4]		
Transfert immédiat (n=600)	30 (5,0)	23 (4,6)	7 (7,3)
Transfert secondaire (n=505)	7 (1,4)	7 (1,5)	0 (0)
Transfert en néonatalogie (n=600)	13 (2,2) IC 95% [1,2-3,7]	7 (1,4)	6 (6,3)
Décès fœtal ou néonatal (n=649)	1 (0,2) IC 95% [0,0-0,9]	1 (0,2)	0 (0)
Décès fœtal per-partum	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Décès néonatal	1 (0,2) IC 95% [0,0-1,0]	1 (0,2)	0 (0)
Ré-hospitalisation dans les 30 jours pour motif lié à la période néonatale (n=568)	8 (1,4) IC 95% [0,6-2,8]		
Evènement indésirable grave (n=579)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)

**TABLEAU 8 > DESCRIPTION DES ISSUES MATERNELLES ET NÉONATALES
DANS LES ÉTUDES EN POPULATION PUBLIÉES DANS LA LITTÉRATURE**

Auteurs	Chantry AA et al.	Homer et al.	Brocklehurst et al.	Scarf VL et al.
Année	2018	2019	2011	2018
Pays	France	Australie	Angleterre	Monde
Design d'étude	Enquête nationale, femmes avec un accouchement PLANIFIÉ en MDN (1 an dans 8 MDN)	Enquête nationale (13 ans), femmes à bas risque avec accouchement planifié en MDN	Birth study place (cohorte prospective nationale - 2ans)*, femmes à bas risque avec accouchement planifié en MDN	Méta-analyse d'études comparant des accouchements planifiés en MDN vs. planifiés en maternité
	N=649 (%) [IC 95%]	n= 1 251 420 (%) [IC 95%]	n= 64 538 (%) [IC 95%]	n= 28 études (%) [IC 95%]
Issues maternelles				
Mode d'accouchement				
Voie basse spontanée	(90,5)	(89,2)	(85,9)	(83,7)
Césarienne pendant le travail	(3,0)	(4,0)	(4,4)	(5,0)
	[1,8-4,7]	[3,9-4,2]	[4,1-4,7]	[4,8-5,1]
Voie basse instrumentale	(6,5)	(6,0)	(9,1)	(7,9)
	[4,7-8,7]	[5,9-6,2]	[8,7-9,6]	[7,7-8,1]
Etat du périnée				
Périnée intact	(48,7)	(30,0)	-	(36,4)
Déchirure simple ou superficielle	(47,5)	-	-	-
Déchirure du 3 ^{ème} et 4 ^{ème} degré/LOSA	(0,5)	(2,4)	(3,2)	(2,7)
	[0,1-1,5]	[2,3-2,5]	[2,9-3,5]	[2,6-2,8]
Episiotomie	(3,3)	(8,3)	(12,6)	-
	[2,0-5,5]	[8,1-8,5]	[12,1-13,1]	
Hémorragie sévère du post-partum (≥ 1000ml ou g)				
	(1,4)	-	-	(1,2)
	[0,6-2,7]			[1,1-1,5]
<i>Actes de 2^{ème} ligne si HPP</i>				
	(0)			
Transfusion de CGR				
	(0,2)	(0,3)	(0,9)	-
	[0,0-1,0]	[0,3-0,4]	[0,7-1,0]	
Transfert maternel en USI/Réa				
	(0)	(0,2)**	-	-
	[0,0-0,6]	[0,1-0,2]		
Décès maternel				
	(0)	-	(0)	-
Transfert postnatal mère				
	(6,1)	-	(4,3)	-
	[4,3-8,5]		[4,0-4,6]	
Durée séjour mère en jours [moyenne]				
	[1,0]	-	-	-
Ré-hospitalisation dans les 30j				
	(0,4)	(0,2)	-	-
	[0,0-1,3]	[0,1-0,2]		
Issues néonatales				
Score d'Apgar < 7 à 5 mn				
	(0,3)	-	-	-
	[0,0-1,2]			
Gestes de réanimation néonatale				
	(1,7)	-	-	-
	[0,8-3,1]			
Décès foetal ou néonatal				
	(0,2)	(0,04)	-	-
	[0,0-1,0]	[0,03-0,06]		
<i>Décès perpartum</i>				
	(0)			(0,02)
				[0,00-0,04]
<i>Décès néonatal</i>				
	(0,2)	(0,03)		(0,02)
	[0,0-0,9]	[0,01-0,04]		[0,00-0,05]
Transfert néonatal en néonatalogie				
	(2,2)	(1,0)	-	(2,3)
	[1,2-3,7]	[0,9-1,1]		[2,1-2,6]
Allaitement maternel à la sortie				
	(99,2)	-	-	-
Ré-hospitalisation dans les 30j				
	(1,4)	(2,8)	-	-
	[0,6-2,8]	[2,6-2,9]		

* cette étude rapporte un critère composite de morbidité foetale et néonatale que nous ne pouvons pas calculer pour comparer

** comprenait aussi les transferts maternels en unités de réanimation, de soins intensifs ou en soins continus

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Au total, l'étude des huit maisons de naissance en cours d'expérimentation en France indique que 649 femmes avaient un accouchement planifié dans ces structures au cours de l'année 2018 et que 506 y ont effectivement accouché pour 143 femmes transférées (22 %). Les accouchements en maisons de naissance représentaient 0,07 % des accouchements en France en 2018.

▪ L'évaluation de la qualité de soins qui y ont été prodigués indique que :

- La pertinence des soins y est respectée, avec plus de 99 % des femmes pour lesquelles l'accouchement était planifié en maison de naissance, qui respectaient les critères d'éligibilité ;
- L'efficacité des soins prodigués dans ces structures montre très peu d'interventions lors du travail ;
- Les indicateurs de sécurité de soins évalués pour toutes les femmes ayant été accompagnées en maisons de naissance, quel que soit le lieu final d'accouchement, montraient des complications maternelles peu voire très peu fréquentes ;
- Les complications néonatales étaient elles aussi très peu fréquentes avec 0,3 % d'enfants présentant une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine à 5 minutes de vie et 1,7 % d'enfants nécessitant des gestes de réanimation à la naissance ;
- La comparaison avec les séries internationales montre que les maisons de naissance implantées en France ont des résultats tout à fait comparables aux résultats des maisons de naissances implantées dans les pays à haut niveau de ressources, avec également des issues périnéales qui seraient même plus favorables (moins d'épisiotomies et de lésions sévères du périnée en France).

INTERPRÉTATION

L'analyse des critères d'éligibilité indique que les sages-femmes exerçant en maisons de naissance ont bien sélectionné des femmes à bas risque de complication obstétricale, comme le prévoient la réglementation et la législation.

Mais des recommandations françaises sur l'éligibilité des femmes pour accoucher en MDN seraient utiles pour limiter les interprétations de celles de la HAS.

L'analyse des transferts et de leurs issues suggère des transferts adaptés et une fréquence comparable aux études internationales. Les primipares étaient plus souvent transférées que les multipares (31 % vs. 7 %), ce qui est cohérent à la fois avec la littérature et avec les arguments cliniques (travail plus souvent plus long, première expérience des peurs et de la douleur obstétricale).

Il est intéressant de relever que contrairement à une idée largement répandue, la gestion de la douleur par moyens médicamenteux ne représentait pas ici le motif principal de transfert (29 % des motifs de transfert).

Bien que la fréquence et les issues de ces transferts soient encourageantes, des variations existaient entre les maisons de naissance (entre 5 % et 29 % - Figure 3).

Il est intéressant de relever que contrairement à une idée largement répandue, la gestion de la douleur par moyens médicamenteux ne représentait pas ici le motif principal de transfert.

Des recommandations qui définiraient les situations qui nécessitent des transferts pendant le travail ou après permettraient d'harmoniser les pratiques entre maisons de naissance, et de sécuriser davantage encore les parcours de soins des femmes et des nouveau-nés en facilitant la prise de décision par les sages-femmes. Ces recommandations n'existent pas en France à l'heure actuelle, mais les recommandations hollandaises ou anglaises pourraient être adaptées.

En termes d'efficacité des soins, les résultats des maisons de naissance ont montré que très peu d'interventions y étaient réalisées pendant le travail ou l'accouchement, valorisant le fait que les sages-femmes exerçant dans ces structures s'inscrivent véritablement dans la philosophie de la salutogénèse (soins de prévention ayant pour objectif de renforcer la santé et de limiter les interventions et leur iatrogénie associée).

Les résultats de cette série nationale sont très encourageants, notamment concernant la voie d'accouchement avec 90,5 % de voies basses spontanées et seulement 3 % de césariennes. Rapportés au contexte actuel où l'on cherche à stabiliser le taux de césariennes en France et à le diminuer dans d'autres pays, ces résultats suggèrent que les maisons de naissance pourraient représenter une des composantes de la solution globale à apporter.

La sécurité des soins étudiée ici à partir de la comparaison avec d'autres séries en population, publiées au niveau international, indique des résultats encourageants. Cependant, elle reste limitée puisque seule une analyse comparant le groupe des femmes à bas risque dont l'accouchement est planifié en MDN à un groupe « contrôle » de femmes à bas risques (selon les mêmes critères) et accouchant en maternités permettra de répondre définitivement à cette question. Ce projet d'étude prospective a été formalisé et proposé à des appels à projets de recherche.

L'arrêté du 9 décembre 2016 a fixé les indicateurs que les maisons de naissance doivent transmettre aux ARS compétentes pour évaluer les effets de l'expérimentation. Ils sont à renseigner une première fois deux ans après l'ouverture de la maison de naissance, puis annuellement jusqu'en 2020 (année de fin d'expérimentation). Cependant, l'analyse détaillée des indicateurs demandés montre qu'ils ne permettront de dresser qu'un bilan de type « administratif » et pas d'évaluer la qualité ni la sécurité de soins prodigués en maisons de naissance. De même, ces indicateurs ne permettent pas de caractériser ni de valoriser la spécificité de la prise en charge des femmes et nouveau-nés en maisons de naissance, à savoir les soins de salutogénèse (soins de prévention favorisant le maintien de la santé et le bien-être, selon A. Antovosky).

C'est ainsi que sur les 22 critères à renseigner, 10 à 12 selon les experts, sont considérés comme des indicateurs de pratiques (dits processus selon Donabédian) et seuls 1 à 3 peuvent être considérés comme des indicateurs de santé (dits aussi de résultat), seuls indicateurs permettant d'évaluer la sécurité des soins dans ces structures. Enfin, aucun ne permet d'évaluer la salutogénèse.

De plus, dans ce contexte, la pertinence des indicateurs de santé classiquement utilisés en épidémiologie est limitée car ils sont basés pour partie sur des interventions liées à des états de santé défavorables qu'on ne retrouve pas en maisons de naissance. Ils sont donc caducs dans ce contexte. Encore certaines issues sont tellement rares, qu'il est extrêmement complexe d'en tirer des conclusions. Le défi à relever consiste donc à identifier des indicateurs adaptés et consensuels pour évaluer de façon rigoureuse la prise en charge et l'état de santé d'une population à bas risque de développer une morbidité.

Notre étude montre que les maisons de naissance françaises ont des résultats comparables et, en particulier, un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'interventions.

CONCLUSION DES AUTEURS

À l'international, les maisons de naissance évaluées dans les pays à haut niveau de ressources ont démontré la sécurité et la salutogénèse des soins qui y sont prodigués. Notre étude montre que les maisons de naissance françaises ont des résultats comparables et, en particulier, un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'interventions. Les indicateurs actuels ne permettent pas l'étude de la satisfaction des femmes et limitent l'étude de la salutogénèse.

Des travaux de recherche ayant pour objet de déterminer de nouveaux critères plus pertinents pour l'évaluation de la salutogénèse et de la sécurité des soins devraient être développés.

Pour statuer définitivement sur la sécurité des maisons de naissance, une étude épidémiologique prospective comparant femmes à bas risque accouchant en MDN versus en maternité doit être menée. Enfin, nous formulons une série de cinq préconisations pour optimiser davantage l'organisation des soins en maisons de naissance.

PRÉCONISATIONS DES AUTEURS

Pour optimiser davantage l'organisation des maisons de naissance et approfondir l'étude de la qualité des soins dans ces structures, le groupe de recherche formule **cinq préconisations** :

- 1 **Établir des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur les critères d'éligibilité des femmes pour un accouchement en maisons de naissance.**
- 2 **Établir des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur les critères de transferts des femmes et des nouveau-nés vers les maternités partenaires, que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement vers les maternités partenaires.**
- 3 **Ajuster les dispositions législatives et réglementaires pour permettre, à des fins de surveillance épidémiologique, d'enregistrer et d'identifier les accouchements en maisons de naissance dans les bases de données médico-administratives, soit dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).**
- 4 **Définir à partir d'un processus méthodologique validé de consensus formalisé d'experts (DELPHI), les indicateurs qui permettront d'évaluer la salutogénèse et ses effets sur la santé des femmes et des nouveau-nés.**
- 5 **Stimuler et financer une étude épidémiologique en population, de type cohorte avec suivi à distance, qui comparerait des femmes à bas risques ayant accouché en maisons de naissance versus en maternité. Cette étude devrait évaluer cette comparaison globalement dans plusieurs domaines : efficacité des soins, sécurité des soins, aspects médico-économiques, étude qualitative sur la satisfaction des femmes et la satisfaction des soignants.**

RÉFÉRENCES DU RAPPORT

Chantry AA, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Vendittelli F.

Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance. Analyse des données 2018 par le groupe de recherche sur les maisons de naissance. 2019 ; 60 pages.

L'enjeu de l'hydratation

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME, RÉDACTEUR EN CHEF DES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

L'eau est indispensable à la vie et à l'homéostasie cellulaire. Elle représente 75 % de la masse corporelle du nourrisson et 58 % de celle de la personne âgée.

L'augmentation de l'hydratation corporelle pendant la grossesse – correspondant à environ 6 litres d'eau supplémentaires – répond à plusieurs exigences :

- Le volume sanguin de la future mère doit augmenter de 40 % pour assurer une bonne perfusion du placenta ;
- Le volume de ce liquide amniotique et la bonne croissance fœtale sont en lien avec l'hydratation maternelle ;
- La prévention des infections urinaires ;
- La participation au traitement de la constipation ;
- Le drainage et l'aide à l'élimination des rétentions d'eau.

Une bonne hydratation est donc fondamentale. Il est recommandé à la femme enceinte de boire **1,5 à 2 litres d'eau par jour**.

La couleur des urines apparaît être un bon indicateur du niveau d'hydratation, des urines foncées témoignant d'un mauvais niveau d'hydratation et des urines claires révélant un bon état d'hydratation.

L'EAU DU ROBINET

L'eau du robinet a une origine multiple. Elle est souvent constituée d'eaux de surface prélevées dans les lacs, rivières, fleuves mais elle peut aussi être souterraine. Avant de parvenir jusqu'au robinet du consommateur, l'eau du robinet subit de nombreux traitements pour pouvoir répondre aux normes de potabilité définies par la réglementation.

Sauf cas particuliers peu fréquents, c'est une eau potable, conforme aux exigences sanitaires définies par décret. Cinquante-quatre paramètres différents font l'objet d'une surveillance et sont régulièrement contrôlés. Ce sont les pôles Santé et Environnement des Agences Régionales de Santé qui les vérifient, les réseaux de distributeurs faisant aussi leur propre analyse. Les stations de traitement se sont multipliées, les captages d'eau potable pollués par les nitrates et/ou les pesticides sont régulièrement abandonnés.

Concernant le plomb au robinet, la limite réglementaire du plomb dans l'eau potable est fixée à 10 µg/l, ce qui correspond à la valeur guide recommandée par l'OMS, (microgrammes par litre) pour l'eau potable, et les branchements publics en plomb ont été remplacés. Seuls des bâtiments anciens sont parfois encore équipés de tuyauterie en plomb.



Photo / ruijn Photography - Unsplash

LES EAUX DE SOURCE

L'eau de source provient de nappes d'eaux souterraines profondes et protégées de toute pollution d'origine humaine. Elles n'entrent jamais en contact avec l'air ambiant et ne sont en aucun cas exposées à des risques susceptibles de dégrader leur qualité originelle.

Les eaux de source sont soumises à la même réglementation que l'eau du robinet, c'est-à-dire qu'elles doivent remplir les mêmes critères de potabilité.

Mais comme les eaux minérales, elles ne doivent pas subir de traitements de désinfection.

Leur composition peut varier dans le temps. Une même appellation d'eau de source peut venir de plusieurs sources implantées dans différentes régions, et leur composition change évidemment en fonction de l'origine.

Les eaux de source sont soumises à la même réglementation que l'eau du robinet, c'est-à-dire qu'elles doivent remplir les mêmes critères de potabilité.

L'impluvium

Le temps de circulation de la goutte d'eau à travers les sols dépasse fréquemment plusieurs dizaines d'années et permet à l'eau de s'enrichir en minéraux. On appelle cette zone d'infiltration de l'eau (via la pluie, neige, etc.) l'impluvium. C'est elle qui alimente l'aquifère et donne naissance à l'eau minérale. La surface d'un impluvium peut couvrir plusieurs milliers d'hectares.

C'est au niveau de l'impluvium que les minéraliers conduisent des politiques de protection des sources en collaboration avec les acteurs locaux pour prévenir tout risque de contamination de l'eau minérale naturelle.

La zone d'impluvium fait l'objet d'un périmètre de protection étendu pour prévenir tout risque éventuel de pollution.

Le Code de la Santé publique définit précisément la procédure à suivre pour instaurer un périmètre de protection. La demande de déclaration d'intérêt public et d'assignation d'un périmètre de protection est accordée par décret après avis du Ministère de la Santé, de l'hydrogéologue agréée sur la base du rapport. À l'intérieur de ce périmètre, les activités humaines sont réglementées, certaines d'entre elles pouvant être interdites. Ceci permet par exemple d'éviter la réalisation de travaux souterrains dommageables (forages, constructions, etc.) ou de contrôler des activités à risque (les installations classées pour l'environnement sont soumises à autorisation).

Sous certaines conditions de faisabilité, les embouteilleurs peuvent acquérir tout ou une partie des terrains situés dans la zone de l'impluvium afin de le préserver. Des actions en partenariat, initiées et financées en partie par les minéraliers, rassemblent les différents acteurs locaux (communes, agriculteurs, autorités, etc.) afin de promouvoir une gestion durable des activités et des écosystèmes :

- Au près des agriculteurs, des activités non polluantes peuvent être promues concernant l'utilisation des phytosanitaires, des fumiers et des lisiers, ou encore la mise aux normes des bâtiments d'élevage ;
- Au près des communes, l'accent est mis sur les risques de pollutions ponctuelles liées aux réseaux d'assainissement défectueux ou à la modification du cycle hydrologique résultant de l'évolution démographique et de l'urbanisation.

EXEMPLE : PROTECTION DE LA RESSOURCE POUR L'EAU MINÉRALE EVIAN

Pour préserver durablement la pureté et la qualité de l'eau minérale naturelle Evian, a été créée en 1992 l'Association de Protection de l'Impluvium de l'Eau Minérale d'Evian (APIEME). La mission de cette association est de définir et de financer les aménagements et les pratiques jugées utiles au développement harmonieux du Plateau de Gavot afin de léguer aux générations futures un site et une eau de qualité tels qu'ils existent actuellement.



Photo : L'Impluvium des Eaux d'Evian®

L'APIEME compte pour membres les 9 communes du Pays de Gavot, les communes bénéficiant d'émergences situées en bordure du Lac Léman.

L'Association met en œuvre deux types d'action :

- Le premier vise la protection et l'amélioration de l'environnement, intégrant l'aménagement territorial des communes, une urbanisation raisonnée, la préservation et la réhabilitation des zones humides, la gestion des risques inhérents à la population et à l'activité humaine. Parmi les réalisations dans ce domaine, on peut citer l'amélioration des réseaux (extension du réseau d'assainissement et création d'une station de traitement des eaux usées), le soutien à l'entretien des chemins et des ruisseaux du Plateau de Gavot, des opérations de sensibilisation de la population locale à un code de bonnes pratiques en matière de jardinage (limitation des pesticides) et de gestion des déchets, gestion des zones humides.
- Le deuxième type d'action consiste en un accompagnement des agriculteurs en faveur dans la mise en œuvre de pratiques innovantes et plus respectueuses de l'environnement. Ce partenariat a permis de mettre en place une Charte de bonnes pratiques agricoles, en collaboration avec la Chambre d'Agriculture et le Syndicat d'Intérêt Collectif Agricole (SICA), l'utilisation d'alternatives naturelles aux produits phytosanitaires et le recours à des méthodes de fertilisation équilibrées et contrôlées. Il a permis également d'instaurer des pratiques d'élevage préservant les sols et la ressource en eau par la mise aux normes des bâtiments d'élevage, la valorisation simultanée d'un élevage extensif et d'une filière « valorisation du lait », et le soutien aux zones d'AOC Reblochon et Abondance.

Aujourd'hui, cette politique prend également la forme d'un accompagnement des agriculteurs dans la mise en œuvre des techniques de compostage des fumiers et de méthanisation des lisiers.

Née de différentes actions de sensibilisation des acteurs locaux, **l'action de préservation de la ressource en eau** initiée par DANONE s'est imposée au fil des ans comme une véritable stratégie de développement et d'aménagement durables dans ses différentes composantes environne-

L'impluvium (suite)

mentales, sociale et économique, soutenue par la réelle implication et la volonté politique des décideurs locaux. Ces différentes actions ont permis de sécuriser et d'entretenir un réseau de 70 zones humides sur le plateau de Gavot. Ces milieux uniques et fragiles concentrent une richesse

biologique exceptionnelle. Le tiers des espèces végétales menacées est strictement lié à ces zones et la moitié des oiseaux présents sur le territoire dépendent de ces milieux. À Evian, un technicien de tourbière est spécialement chargé de la gestion de ces zones humides et anime des sessions pédagogiques.

LES EAUX MINÉRALES

HISTOIRE

- **1778** > Marin Richard de Laprade, médecin honoraire du roi Louis XVI, reconnaît officiellement les vertus « apéritives, digestives et exhilarantes » de l'eau de Saint Galmier. Ainsi débute l'épopée Badoit.
- **1848** > L'eau de Rieumajou est reconnue comme eau minérale naturelle par l'Académie de Médecine et reçoit sa première autorisation d'exploitation. Elle prendra le nom de *La Salvetat* en 1990.
- **1850** > Les vertus thérapeutiques de l'eau Wattwiller sont reconnues par l'Académie Nationale de médecine.
- **1854** > Convaincu des vertus curatives de l'eau de Vittel, Louis Bouloumié construit la station thermale.
- **1859** > À St-Yorre, le pharmacien Nicolas Larbaud crée la première société des eaux de St-Yorre : la Compagnie Propriétaire des Sources Minérales de Saint-Yorre, Bassin de Vichy.
- **1861** > L'eau de Contrexéville est officiellement reconnue « eau minérale naturelle ».
- **1864** > À Thonon, La source de la Versoie est déclarée d'intérêt public.
- **1873** > L'eau d'Hépar est découverte par Louis Bouloumié. Elle sera commercialisée dans les années 30 en bouteilles de verre, pour permettre aux curistes de prolonger à domicile les bienfaits de leur cure.
- **1878** > Les effets bénéfiques pour la santé de l'eau minérale naturelle Evian sont reconnus par l'Académie de Médecine. Cette reconnaissance marque une étape primordiale dans l'histoire de l'eau d'Evian.

DÉFINITION

L'eau minérale naturelle est d'origine souterraine et microbiologiquement saine. Elle se caractérise par sa **pureté originelle et la stabilité de sa composition** en minéraux et oligo-éléments. Elle peut se voir reconnaître des propriétés favorables à la santé.

Les eaux minérales présentent des particularités et elles ne répondent pas à la même réglementation que l'eau du robinet. Elles sont soumises à des normes spécifiques. La composition d'une eau minérale doit rester stable dans le temps, on ne fait aucun traitement de désinfection.

Les différences entre les marques tiennent aux écarts de minéralisation, c'est-à-dire aux teneurs en calcium, magnésium, fluor, sulfates, sodium... Certaines eaux très minéralisées ne conviennent pas forcément à un usage

quotidien, aux femmes enceintes ou au nouveau-né. Mieux vaut en vérifier la composition, obligatoirement indiquée sur l'étiquette avant son utilisation. Par exemple, les besoins en calcium et magnésium augmentant à cette période de la vie qu'est la grossesse. **Les eaux « calciques » (> 150 mg/l) et « magnésiennes » (> 50 mg/l) peuvent être recommandées.**

Les besoins en eau du nourrisson sont très élevés, mais en raison de l'immaturation de certains de ses organes, notamment ses reins, il est conseillé de prendre des précautions : en choisissant **une eau pauvre en nitrates (< 10 mg/l)** et à faible teneur en minéraux (résidu sec < 500 mg/l). La consommation d'**une eau calcique (> 150 mg/l)** permet de contribuer à la couverture des besoins journaliers en calcium chez les enfants en pleine croissance, en complément des produits laitiers,

EMBOUTEILLAGE

■ **Des bouteilles en plastique recyclables**

Les bouteilles en PET (polyéthylène téréphtalate) sont 100 % recyclables.

■ **La réduction du poids des emballages**

L'allègement du poids des bouteilles est une démarche entamée depuis des années par les embouteilleurs.

Ainsi, la bouteille d'1,5 litre en PET a connu un allègement de 15 % entre 1997 et 2009.

La réduction du poids de la bouteille permet de diminuer la consommation de PET et donc les émissions de gaz à effet de serre.

■ **Intégration du PET recyclé et bouteilles en plastique bio-sourcé**

Certains embouteilleurs intègrent du plastique recyclé (R-PET) pour la fabrication de nouvelles bouteilles d'eau.

De nouvelles bouteilles ont également été développées intégrant de la matière plastique d'origine végétale issue de résidus de la transformation de canne à sucre, en remplacement du pétrole.

La production de plastique végétal ne nécessite pas l'utilisation de terres cultivables supplémentaires, n'engendre pas de déforestation et n'entre pas en compétition avec les cultures alimentaires.

■ **Les bouteilles en verre consignées**

Certaines bouteilles en verre sont consignées pour être réutilisées. Pour servir à nouveau d'emballage à l'eau minérale, elles doivent être lavées selon des procédés spécifiques qui éliminent les risques de contamination.

Les autres bouteilles sont collectées dans le système de tri sélectif pour être recyclées sous forme de calcin (verre collecté et traité) utilisé dans la production de nouvelles bouteilles. •



evian®

EAU MINERALE NATURELLE

Née et préservée au cœur des Alpes,
l'eau evian® est pure et faiblement minéralisée.



evian® est adaptée à
l'alimentation des bébés.



evian® soutient les recommandations de l'OMS pour la promotion de l'allaitement maternel pendant les 6 premiers mois.

Étude « Devenir et être Sage-femme en France en 2018 »

PAR **MARIE WALSER**, CONSULTANTE SOCIO-ANTHROPOLOGUE, ET **AMÉLIE AUBERT-PLARD**, ANTHROPOLOGUE AU SEIN DU GROUPE DANONE ET AFFILIÉE À L'UNIVERSITÉ PARIS NANTERRE (cf. *biographies en page 40*).
SYNTHÈSE PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME, RÉDACTEUR EN CHEF DES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

L'autre partie de l'étude menée par Marie Walser consultante socio-anthropologue indépendante et Amélie Aubert-Plard, anthropologue au sein du groupe Danone pour la marque d'eau minérale naturelle Evian, porte sur les sages-femmes et la thématique de l'hydratation.

LE SUJET DE L'HYDRATATION

L'hydratation est un sujet auquel les sages-femmes qui ont répondu à l'enquête accordent une importance quand on les interroge. Mais ensuite, quand on s'intéresse aux pratiques usuelles dans les recommandations données aux femmes par les sages-femmes, cela devient un sujet secondaire et même parfois très peu abordé.

L'enjeu de l'hydratation est reconnu pour améliorer les petits maux de la grossesse notamment le transit, pour l'allaitement maternel en ce qui concerne la femme et pour la confection des biberons pour les bébés non allaités au sein.

Mais cette importance semble principalement associée au fait de boire, plutôt qu'au type d'eau bue.

En lien avec les petits maux et l'allaitement, il apparaît que le sujet de l'hydratation est surtout évoqué en début de grossesse, en préparation à la naissance ou après la naissance quand les questions des mères se posent par rapport aux besoins du nouveau-né.

LES PRESCRIPTIONS EN MATIÈRE D'HYDRATATION POUR LA MAMAN ET POUR LE BÉBÉ

Les recommandations données par les sages-femmes aux parents sur la question de l'hydratation (des mères et des bébés) ne font pas l'objet d'un protocole défini et se font au bon vouloir de chaque sage-femme, selon ses connaissances et son intérêt pour la question.

Pour des sujets à forts enjeux de santé (Figure 1), c'est-à-dire qui ont des conséquences majeures sur le développement du bébé ou la santé de la mère, les sages-femmes se basent sur des données probantes scientifiquement pour informer les couples en se référant à des recommandations officielles.

Pour des sujets comme celui de l'hydratation, il s'agit plutôt de simplement conseiller les couples. Pour ce faire, elles se basent alors sur leur expérience, à la fois professionnelle (pratique, recherche active individuelle, lecture de revues de consommateurs, échange avec collègues, etc.) et personnelle (vécu direct ou indirect).

Les enquêtés pensent que boire est un allant de soi que les patientes maîtrisent aussi bien que les médecins, aussi l'hydratation ne soulève à ce titre que peu d'enjeu : il faut faire « comme d'habitude » ou presque.

“

EXTRAITS D'ENTRETIENS

Quels conseils me donneriez-vous en matière d'hydratation si j'étais une femme enceinte ?

« Déjà je pense que ça ne viendra pas de notre formation [...] plutôt de ce qu'on a appris dans la vie quotidienne »

LÉNA, ÉTUDIANTE 4A

« On vous dira de faire comme d'habitude je pense »

ÉLODIE, ÉTUDIANTE 4A

« On fait de la physiologie rénale donc j'ai envie de dire aux femmes « vous écoutez votre corps, il s'adapte »

CLARA, ÉTUDIANTE 4A

”

Quand les patientes ne présentent pas de petits maux ou autre pathologie, les conseils donnés par les sages-femmes aux femmes sont de boire « comme d'habitude », sans donner plus de précisions sur le type d'eau ou sur la quantité à boire (elles précisent seulement que cela doit être « beaucoup » et « régulièrement »).

“

EXTRAIT D'ENTRETIENS

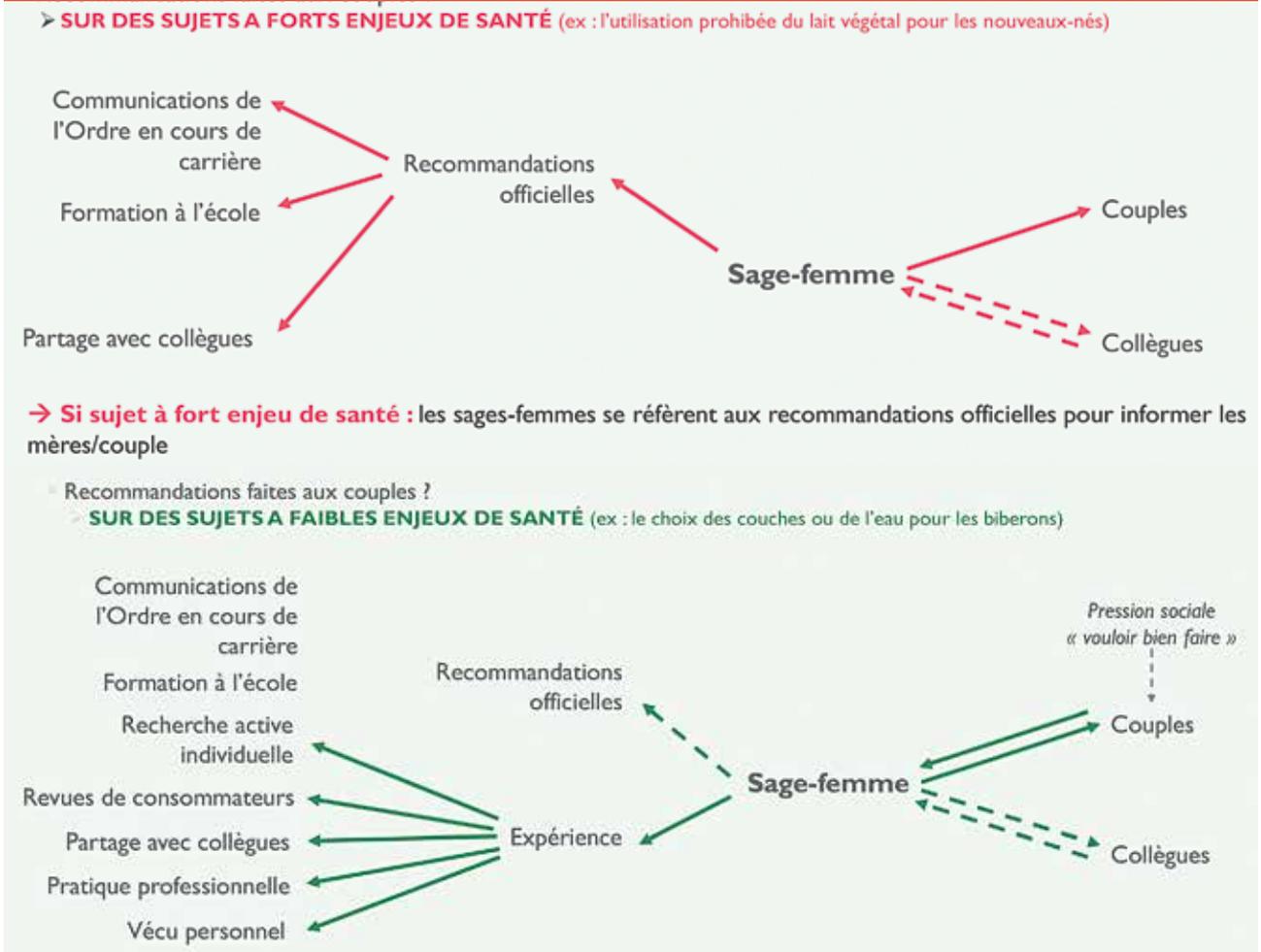
Sur quels éléments sont basées vos recommandations ?

« Je ne recommande pas quelque chose de particulier, ni au niveau des quantités parce que j'avais regardé sur quoi ça se basait l'histoire de la bouteille d'un litre et demi et j'ai mis ça de côté. Par contre je recommande au niveau de la régularité et leur dis de ne pas oublier de boire surtout, parce que souvent c'est ça, on sent qu'on a soif mais on ne boit pas. C'est surtout dans ce sens-là. »

LAURENCE, LIBÉRAL

”

Figure 1 > ORIGINE DES CONSEILS PRODIGUÉS PAR LES SAGES-FEMMES AUX FAMILLES



Dans le cas de maux de grossesse, les sages-femmes recommandent (Figure 2) des eaux spécifiques connues pour soulager ces maux (la marque Hépar pour la constipation ou la marque Saint Yorre dans le cas de calculs rénaux).

En ce qui concerne les bébés (dans le cadre de l'utilisation de lait artificiel), les conseils sont « sage-femme dépendants ». En effet, certaines sages-femmes orientent les patientes vers l'eau du robinet car elle est gratuite, d'autres vers de l'eau en bouteille peu minéralisée alors que les dernières ne conseillent que les eaux en bouteille portant la mention « adapté à l'alimentation des bébés ».

Parmi les eaux portant cette mention reviennent particulièrement les marques Cristaline, Mont Roucoux et evian®. De façon récurrente, les sages-femmes enquêtées indiquent qu'elles conseillent surtout aux mères d'adapter l'eau à leurs bébés et d'en changer régulièrement pour « varier les apports ».

Dans les conseils qu'elles transmettent, les sages-femmes prennent soin de ne jamais citer qu'une seule marque d'eau (en structure comme en libéral) afin de respecter leur code déontologie qui leur interdit de faire de la publicité pour une marque ; en outre elles ne souhaitent pas engager leur responsabilité en se portant garantes de la qualité d'une eau en particulier.

Figure 2 > GRANDES MARQUES D'EAU CITÉES PAR LES SAGES-FEMMES



EXTRAITS D'ENTRETIENS

« C'est sûr que moins elles sont minéralisées mieux c'est, mais de là à aller vérifier »
 SAGE-FEMME ENSEIGNANTE

En parlant des eaux portant la mention « adapté à l'alimentation des bébés » :

« Je me dis qu'il y a des gens qui ont réfléchi à ma place, c'est que ça doit être bien »
 SAGE-FEMME À L'HÔPITAL

Figure 3 > LES REPRÉSENTATIONS DES SAGES-FEMMES SUR L'EAU DU ROBINET

■ **Rapport ambivalent à l'eau du robinet**

- Pas de discours unanime des sages-femmes
- Des arguments variés :

(+) écologique, adapté aux personnes à faible revenus

(-) sanitaire contre-indiqué : les robinets peuvent être sales, le niveau de l'hygiène domestique est inconnu



A l'hôpital, c'est une thématique peut abordée par les sages-femmes, si ce n'est en salle d'accouchement. La présence de bouteilles d'eau dans la chambre de la maman dépend de l'établissement. Dans de nombreux cas, il semble que les femmes utilisent surtout de l'eau du robinet ou des fontaines.

En ce qui concerne les biberons des bébés, ceux-ci sont déjà préparés sous forme de nouettes.

Il n'y a pas de consommation de plastique, et d'ordre économique ce qui est particulièrement intéressant pour des foyers à faibles revenus. Il leur semble en effet peu concevable de conseiller une eau en bouteille payante et de risquer de culpabiliser les ménages qui n'en auraient pas les moyens.

Les sages-femmes peuvent toutefois conseiller de se renseigner

LES REPRÉSENTATIONS DES SAGES-FEMMES SUR LES EAUX

Il s'agit ici de mettre en évidence les représentations sur les différents types d'eau utilisables pour la confection des biberons du bébé.

■ **CONCERNANT L'EAU DU ROBINET**

Le discours n'est pas unanime parmi les enquêtés (Figure 3).

Certaines sages-femmes considèrent que les mères peuvent tout à fait utiliser de l'eau du robinet pour confectionner les biberons. Leurs arguments sont d'ordre écologique car il n'y



EXTRAIT D'ENTRETIENS

« On ne va pas demander à une dame qui n'a pas les moyens d'aller acheter de l'eau au supermarché, on va la rassurer en lui disant que l'eau du robinet c'est très bien et qu'elle ne se fasse pas de soucis de ce côté-là, le but ce n'est pas de leur rajouter une source de stress »

SOPHIE, ÉTUDIANTE 3A



Figure 4 > LES REPRÉSENTATIONS DES SAGES-FEMMES SUR L'EAU EN BOUTEILLE



■ **Rapport à l'eau en bouteille**

- Pas de distinction entre « eau de source » ou « eau minérale »
- Discours diffusé à l'école sur les eaux en bouteilles sur le taux de minéralité des eaux

« Ça on leur en parle (du type d'eau), par contre **on ne parlera jamais de marque d'eau**, on ne va pas dire « Evian c'est super et untel c'est très mauvais », nous ce qu'**on leur recommande c'est de lire le contenu de l'eau**, la composition, d'éviter les eaux contenant des éléments perturbateurs. » (Delphine, enseignante)

- Le logo « bébé »/ « biberon » ou la mention « eau adaptée à l'alimentation des nourrissons » font majoritairement foi

- Problématique du plastique évoquée (impact environnemental)



Figure 5 > LES CRITÈRES QUI PERMETTENT DE CLASSIFIER L'EAU EN BOUTEILLE



gner auprès de la municipalité sur la bonne qualité de l'eau.

Pour d'autres sages-femmes, l'eau du robinet n'est pas une option dans l'alimentation des nourrissons. En effet, il s'agirait d'une eau sanitaire contre-indiquée, dans la mesure où le niveau de l'hygiène domestique est inconnu (les robinets peuvent être sales et vecteurs de maladies).

■ CONCERNANT L'EAU EN BOUTEILLE

Les sages-femmes ne distinguent pas l'eau de source et l'eau minérale naturelle (Figure 4).

Elles ont en tête, grâce à l'enseignement reçu lors de leur formation à l'école, qu'il existe des taux de minéralité différents selon les eaux qui peuvent constituer un critère de choix.

Le logo « bébé » ou la mention « eau adaptée à l'alimentation des nourrissons » font en général majoritairement foi pour les sages-femmes interrogées.

Ce n'est pourtant pas la seule caractéristique qui est prise en compte par les sages-femmes dans la formulation de leurs conseils. Par exemple, la présence de plastique apparaît comme un frein à la recommandation d'eau en bouteille.

Il apparaît ainsi que quatre critères entrent en ligne de compte dans le choix des recommandations d'eau en bouteille des sages-femmes aux mamans : les « bienfaits » de

l'eau, son prix, sa notoriété et ses valeurs (Figure 5).

Les principales eaux en bouteille conseillées par les sages-femmes font ainsi l'objet d'un arbitrage propre à chacune selon ses critères. Par exemple, l'eau evian® est souvent conseillée car elle jouit d'une forte notoriété – bien que plusieurs sages-femmes aient mentionné des problématiques de constipation des bébés liées à cette eau. De même l'eau Mont Roucoux bénéficie d'une véritable image de marque « l'eau des bébés ». L'eau Cristaline présente quant à elle l'avantage d'être l'une des eaux les moins chères du marché.

CONCLUSION

D'après l'étude que nous vous avons livrée ci-dessus et les discussions des sages-femmes lors du grand prix Evian, il semble qu'une information semble opportune pour que les sages-femmes fassent mieux la distinction entre les différents types d'eau et puissent mieux conseiller les patientes. Plus précisément ensuite, qu'elles connaissent les effets des différents facteurs de minéralisation. Enfin, les informer de l'éthique de la marque sur la préservation de l'environnement, du recueil de l'eau et du contenant (plastique recyclable) affinerait la qualité des conseils. •

Biographies des auteurs

de l'étude sociologique « Devenir et être Sage-femme en 2018 »

GRAND PRIX EVIAN - SEPTEMBRE 2019

- **Marie WALSER** est ingénieure de recherche en socio-anthropologie. Spécialisée sur la thématique de l'alimentation et dans l'étude des identités professionnelles, elle travaille en tant qu'indépendante et réalise des missions pour des entreprises du secteur privé ou des laboratoires de recherche.
- Anthropologue, rattachée à l'Université Paris Nanterre, **Amélie AUBERT-PLARD** est spécialisée sur les questions de santé et d'action publique. Elle a réalisé une thèse de doctorat sur les enjeux de la période prénatale en Bolivie. En parallèle, elle est également spécialisée sur l'intégration de l'anthropologie dans les savoirs et savoir-faire des entreprises privées, en particulier de l'industrie agroalimentaire. Depuis 2016, elle accompagne les équipes du groupe Danone.

Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme

NOUVEAU
SUPPLÉMENT
AUX DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE
PARUTION
2020



MÉMENTO
CLINIQUE



CONDUITE
À TENIR



THÉRAPEUTIQUE
& PRESCRIPTIONS

KIT MÉDIA VPSF 2020

4 500 000 CONSULTATIONS PAR AN!

Le **Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme** sera consulté par **15 000 Sages-femmes** pendant 360 jours par an, soit environ **4 500 000 prises en main** de plus de **1 500 produits** par les Sages-femmes.

Version imprimée - version numérique

La revue *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 1^{re} revue de Sages-femmes, créée en 1974, édite en 2019 un supplément annuel d'aide à la prescription et aux conduites à tenir à l'usage des Sages-Femmes: le *Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme* (VPSF).

VPSF 2020, c'est LE vademecum

utile à la sage-femme :

- **Mémento clinique**
- **Conduites à tenir**
- **Thérapeutique et Prescriptions**

16 domaines de prescription

- 14 chapitres destinés aux situations normales ou pathologiques rencontrées par les sages-femmes,
- 1 500 médicaments,
- 2 chapitres consacrés à l'hygiène des locaux,
- + de 100 stratégies thérapeutiques liées à la naissance, au confort de la maman et au confort du bébé,
- Des arbres de décisions,
- Plus de 1 500 médicaments,
- Plus de 400 services ou produits,
- Les médicaments dont la prescription est autorisée par les sages-femmes,
- Les médicaments prescrits par le médecin et suivis par la sage-femme.

Le VPSF s'appuie sur l'expertise du **dictionnaire Vidal** (avec l'aimable autorisation de Vidal)



MÉMENTO
CLINIQUE



CONDUITE
À TENIR



THÉRAPEUTIQUE
& PRESCRIPTIONS



LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



Le **VPSF 2020** sera accessible également:

- via la plateforme VPSF 2020.
- via une application mobile: VPSF 2020.



LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE

Le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme est édité par les Éditions ESKA - 12 rue du quatre Septembre - 75002 Paris

Contacts: Cécile Grogard - Lamia Boucetta - Alicia Gorrilliot

www.eska.fr

01 42 86 55 79

Standard: 01 42 86 55 65

Pourquoi un Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme ?

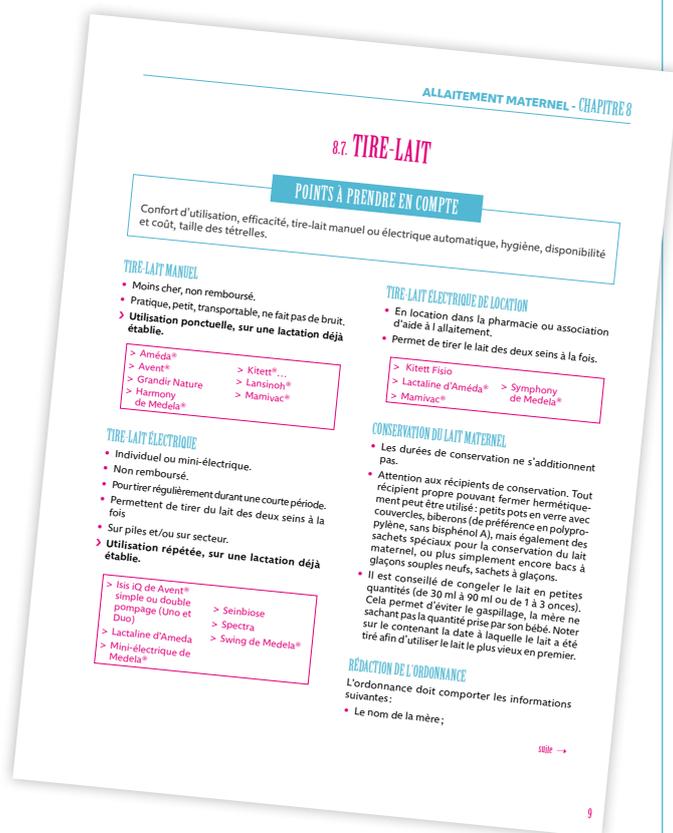
- La sage-femme est au cœur de la périnatalité et de la gynécologie de prévention.
- Sa pratique est au carrefour de la médecine et de l'humanisme.
- Son engagement est entier pour la santé et les droits des femmes.
- Son statut médical lui donne la possibilité et le droit de suivre la grossesse, pratiquer les accouchements eutociques, prendre en charge le nouveau-né et effectuer le suivi gynécologique de prévention.
- Elle participe aussi, sur prescription du médecin et en collaboration avec lui, aux suivis des pathologies obstétricales et gynécologiques.

Le statut médical de la sage-femme lui confère un droit de prescription autonome des examens complémentaires et un droit de prescription défini par une liste pour les médicaments.

Sa pratique l'oblige à bien connaître les médicaments prescrits par le médecin pour la surveillance des pathologies.

- Le VPSF est un vademecum des prescriptions et des conduites à tenir, à l'usage des sages-femmes.
- Rédigé majoritairement par des sages-femmes, il est destiné à aider la prescription des sages-femmes.
- Il est mis à jour annuellement.
- **Il réunit en un seul ouvrage :**
 - un mémento clinique,
 - un guide de la prescription,
 - un catalogue des équipements nécessaires à la pratique de la sage-femme.

16 domaines de prescription organisés suivant l'évolution de la grossesse, au service de la santé, de la maman et du bébé.



Le VPSF s'appuie sur l'expertise du dictionnaire Vidal (avec l'aimable autorisation de Vidal)



Liste actualisée des médicaments tous les mois dans la revue Les Dossiers de l'Obstétrique et sur la plateforme et l'application mobile : VPSF 2020.

Pré-sommaire

Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme

CHAPITRE 1

TEST DE GROSSESSE

11. Tests sanguins
12. Tests urinaires

CHAPITRE 2

PRÉVENTION

21. Confort urinaire
22. Équilibre de la flore
23. Frottis de dépistage
24. Hygiène féminine
25. Nutrithérapie : vitamines et oligo-éléments
26. Préparation à la naissance : matériel
27. Sport et grossesse
28. Tabacologie - Addictions
29. Troubles du sommeil
210. Vaccinations

CHAPITRE 3

PETITS MAUX DE LA GROSSESSE

31. Constipation
32. Crampes - Douleur
33. Lombalgies - Articulations
34. Nausées et vomissements
35. Pyrosis
36. Sciatique
37. Syndrome douloureux pelvien
38. Troubles veineux
39. Vergetures

CHAPITRE 4

INFECTIOLOGIE PARASITOLOGIE

41. CMV (cytomégalovirus)
42. Coqueluche
43. Grippe
44. Hépatites
45. Herpès
46. Chlamydia
47. Trichomonas
48. Candidoses
49. Infections urinaires
410. Rubéole et Grossesse
411. Streptocoque bêta hémolytique
412. Syphilis
413. Toxoplasmose
414. VIH
415. Protection des personnels
416. Désinfection des matériels et locaux

CHAPITRE 5

PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES

51. Anémies ferriprive
52. Autres anémies
53. Cholestase gravidique
54. Diabète gestationnel
55. Fièvre et grossesse
56. Hydramnios
57. Hypertension gravidique
58. Iso immunisation rhésus

59. Menace d'accouchement prématuré
510. Métrorragies
511. Oligoamnios
512. Placenta bas inséré
513. Prééclampsie
514. Prévention de l'allo-immunisation
515. RCIU
516. Rupture prématurée des membranes
517. Thrombopénie
518. Thyroïde
519. Post-Partum
520. Endométrite

CHAPITRE 6

PATHOLOGIES ET GROSSESSE

61. Diabète type 1
62. Épilepsie
63. Hémoglobinopathies
64. Dépistage anomalies chromosomiques
65. Phlébite

CHAPITRE 7

PÉRINÉE

71. Cicatrisation
72. Prévention massage
73. Rééducation
74. Suture

CHAPITRE 8

ALLAITEMENT MATERNEL

81. Abcès
82. Accessoires de confort
83. Crevasses
84. Engorgements
85. Mastites
86. Nutrithérapie
87. Tire-lait
88. Aide à l'allaitement

CHAPITRE 9

ALLAITEMENT BIBERON

91. Biberon
92. Produits lactés pour nourrisson
93. Produits non-lactés

CHAPITRE 10

PÉDIATRIE

101. Coliques
102. Ictère
103. Portage
104. Supplémentations vitaminiques
105. Surveillance poids
106. Érythème fessier

CHAPITRE 11

GYNÉCOLOGIE

111. Pilule contraceptive
112. Implant
113. DIU
114. Contraception locale
115. Endométriose
116. Incontinence
117. Ménopause
118. Prolapsus
119. Sénologie

1110. Sécheresse vaginale
1111. Fertilité
1112. Ostéoporose
1113. Règles
1114. Vulve - Vagin
1115. Fausses couches spontanées
1116. IVG

CHAPITRE 12

SANTÉ, BEAUTÉ, ENVIRONNEMENT PARAPHARMACIE

121. Dispositifs à propriétés réparatrices
122. Dermocosmétique pour la grossesse et la femme
123. Dermocosmétique pour le bébé

CHAPITRE 13

MATÉRIEL

131. Appareil de rééducation
132. Bilirubinomètre
133. Cardiotocographe
134. Échographie
135. Kit de suture
136. Logiciel médical
137. Pèse-bébé
138. Sonicaid dopplers
139. Spéculum
1310. Tables d'examen

CHAPITRE 14

CONSOMMABLES

141. Doigtiers
142. Drap d'examen
143. Gants
144. Consommables pour la maman
145. Consommables pour le bébé

CHAPITRE 15

CONFORT DE LA MAMAN ET DU BÉBÉ

151. Hydratation
152. Rééducation
153. Soutien psychologique
154. Couches - Consommables
155. Thermalisme

CHAPITRE 16

ÉQUIPEMENT ET MANAGEMENT DU CABINET/MATERNITÉ

161. Logiciels
162. Imagerie
163. Lasers
164. Autres équipements
165. Réseaux Maternités - Cliniques
166. Assurances - Réseaux de Soins

CHAPITRE 17

INSTANCES REPRÉSENTATIVES, FORMATION

171. Institutions et organismes représentatifs
172. Formation Primaire de la Sage-Femme
173. Organismes de Formation professionnelle
174. Associations - Juridique

Le VPSF s'appuie sur l'expertise du dictionnaire Vidal (avec l'aimable autorisation de Vidal)



Que trouve-t-on dans le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme?

- Classement des médicaments par principe actif
- Classement des médicaments par famille pharmacologique
- Index des médicaments par ordre alphabétique
- Rappel des textes réglementaires
- Liste des Centres nationaux de référence (ex.: CRAT...)
- Liste des numéros utiles (ex.: 3919...)
- Liste des Associations professionnelles (ex.: Association Nationale des Sages-femmes libérales...)
- Accès au dictionnaire des médicaments du Vidal
- Accès aux recommandations du Vidal

PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES - CHAPITRE 5

51. ANÉMIE FERRIPRIVE ET GROSSESSE

DÉFINITION
 Hb < 11 g/100 mL au 1^{er} et 3^e trimestre Ø
 Hb < 10,5 g/100 mL au 2^e trimestre Ø
 Hb < 10 g/100 mL en post-partum

SIGNES CLINIQUES

- Pâleur
- Tachycardie
- Vertiges
- Hypotension
- Dyspnée d'effort puis de repos
- Céphalées

CONDUITE À TENIR

- ▲ Numération formule plaquette + ferritinémie
- ▲ Examens complémentaires de première intention : Réticulocytes +/- électrophorèse de l'hémoglobine.
- ▲ Éléments diagnostics
 - Ferritine < 12 µg/l ou 30 µg/l si inflammation
 - Microcytaire : VGM < 80 A
 - Arégénérative : réticulocytes < 100 000/MI

Contrôler l'efficacité de la supplémentation après 3 mois de traitement

- **Correction de l'anémie** ➤ Mesure des paramètres hémoglobine (Hb) et volume globulaire moyen (VGM).
- **Restauration des stocks de fer** ➤ Mesure du fer sérique et saturation de la sidérophiline.

MÉDICAMENTS

▲ **TIMOFEROL 50 mg, en comprimé enrobé**

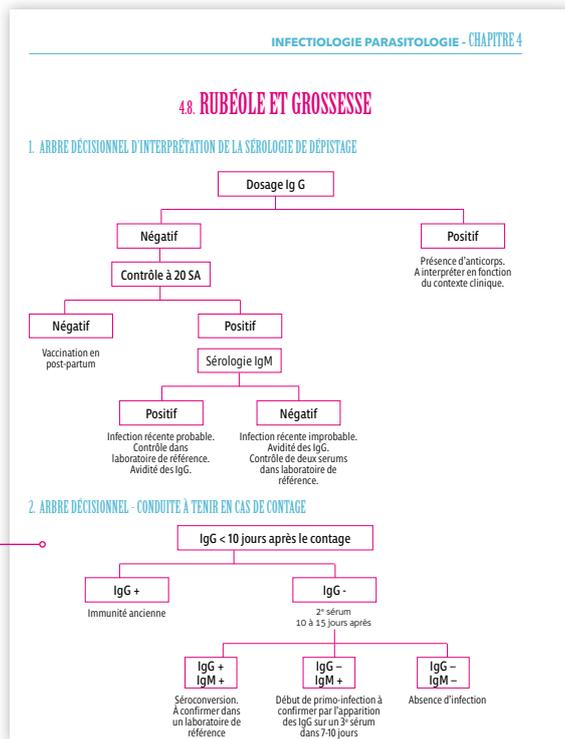
- **Principe actif**: 50 mg de fer (sulfate ferreux) et 30 mg d'acide ascorbique par unité de prise.
- **Excipient**
- Gélule: carbonate de magnésium léger, talc, silice colloïdale, anhydride, amidon de maïs.
- Enveloppe: gélatine, dioxyde de titane, bleu patenté jaune de quinoléine.
- Comprimé: acide ascorbique, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydride, stéarate de magnésium, amidon de maïs, acétate de polyvinyle, talc, saccharose, gomme arabique, dioxyde de titane, cire de carnauba.
- **Laboratoire Elerté**

▲ **FERO-GRAD LP vitaminé C 500 - comprimé (jaune)**

- Sulfate ferreux exprimé en fer: 105 mg
- Acide ascorbique (vitamine C): 500 mg
- **Laboratoire Teofarma SRL**

Exemple d'arbre de décision

Le nom des laboratoires est cité afin d'identifier le distributeur et le fabricant.



Les Prescriptions de la sage-femme

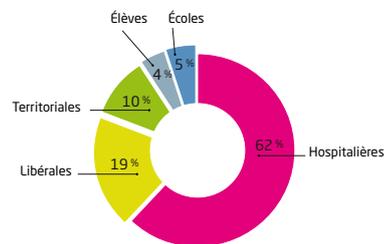
Diffusion

Le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme 2020 est édité à 15 000 exemplaires (OJD).

Il est diffusé:

- au lectorat des Dossiers de l'Obstétrique (environ 4 000 abonnés);
- aux maternités;
- aux sages-femmes libérales;
- aux Écoles de Sages-Femmes;
- aux Gynécologues-Obstétriciens;
- sur les Congrès de sages-femmes.

Répartition du Lectorat des Dossiers de l'Obstétrique



Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme 2020

BON DE COMMANDE

Cocher les cases correspondantes

Je souhaite:

- M'abonner à la revue **Les Dossiers de l'Obstétrique**, pour 12 mois au tarif de lancement de 50 € (Tarif valable jusqu'au 31 décembre 2019), **incluant le Vademecum des Prescriptions de la Sage-femme 2020** (papier et numérique).
- Recevoir un volume du **Vademecum des Prescriptions de la Sage-femme 2020**, à paraître en 2020 (15 € de participation aux frais d'expédition), incluant la version numérique.
- J'envoie par courrier mon règlement par chèque à l'ordre des Éditions Eska.

À retourner daté, signé et revêtu de votre signature, par e-mail à : congres@eska.fr - Tél.: 01 42 86 55 79 ou 01 42 86 55 65

VOS COORDONNÉES

M^{me} M^{lle} M. (en lettres capitales)

Nom Prénom

Adresse

Code postal [][][][][][] Ville

Pays

Tél. Fax

E-mail

Exercice professionnel

Libéral PMI Hospitalier Privé Autre

Adresse de facturation si différente

Fait à

Le Cachet et signature

L'INSTINCT PATERNEL

PLAIDOYER EN FAVEUR DES NOUVEAUX PÈRES

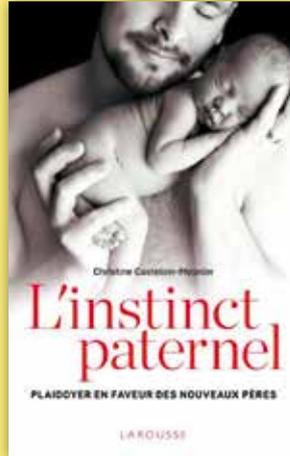
CHRISTINE CASTELAIN-MEUNIER

À l'inverse de l'instinct maternel qu'on a glorifié, mythifié voire exalté au nom de la féminité, l'instinct paternel a longtemps été nié, raillé ou tout simplement méconnu.

À l'heure où les hommes partagent davantage les responsabilités familiales, où la diversité des modèles familiaux redéfinit la fonction paternelle et où l'éducation bienveillante ouvre de nouveaux horizons, il est urgent de repenser le rôle du père et de bousculer les stéréotypes!

En croisant différentes disciplines – psychologie, sociologie, mais aussi neurosciences et anthropologie – Christine Castelain-Meunier enquête sur les nouveaux pères et fait dix propositions simples et sensibles pour les encourager à explorer ce nouvel amour.

Christine Castelain-Meunier est sociologue au CNRS et à l'EHESS. Elle enseigne également à l'École des psychologues praticiens. Connue pour ses travaux sur le masculin et le féminin elle est l'auteure d'une douzaine d'ouvrages traduits dans de nombreux pays dont *Les métamorphoses du masculin* aux PUF.



Éditions Larousse

Parution: 11 septembre 2019

Format: 136 x 215 mm - 224 pages

Prix de vente: 16,95 € (broché)

11,99 € (numérique)

EAN: 9782035950697

EAN numérique: 9782035950703

www.editions-larousse.fr**LES EMBARRAS DU FÉMININ**

CRISTINA LINDENMEYER

Hélène a le sentiment déroutant de ne plus être elle-même à la suite de son cancer du sein. Adèle, hospitalisée en raison de son anorexie, évoque son refus de manger comme une sensation de toute-puissance face à sa vie. Aurora, adepte des chirurgies esthétiques, cherche depuis l'enfance une solution à son malaise. Mathilde, petite fille née mal formée et appareillée d'une prothèse, affole son entourage par son hyperactivité.

Les quatre destins présentés dans cet ouvrage révèlent les multiples enjeux psychiques du corps féminin et combien la question féminine, irrésolue par Freud, garde sa pertinence, alors que l'évolution des mœurs donne souvent l'illusion qu'elle est désormais résolue. Or rien n'est plus questionnable en psychanalyse qu'une affirmation venant simplifier la sexualité.

Spécialiste de l'approche psychanalytique du corps, Cristina Lindenmeyer est psychanalyste (APF), maître de conférences HDR à l'Université Paris Diderot-Université de Paris, et chercheuse associée au pôle de recherche « Santé connectée et humain augmenté » de l'Institut des sciences de la communication du CNRS.



PUF

Hors Collection

Date de parution: 9 octobre 2019

Prix broché: 21 € - Numérique: 16,99 €

Format: 12 x 19 cm

ISBN: 2130819117

<https://www.puf.com/>● **AUTOMNE-HIVER 2019**

BORDEAUX

16^e Journée Événements de l'Année en Gynécologie-Obstétriquecongres.eska.fr● **20-21 JANVIER 2020**

PARIS-LA VILLETTE

18^e Journées du Collège National des Sages-Femmes de Francecerc-congres.com● **7 MARS 2020**PARIS 13^e

Infectiologie Mère-Enfant

congres.eska.fr● **13-14 MARS 2020**PARIS 3^e

Séminaire annuel Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs

cerc-congres.com● **12 MARS 2020**PARIS 15^eLes Dialogues de l'Obstétrique par *Les Dossiers de l'Obstétrique*congres.eska.fr● **27-28 MARS 2020**HALLE PAJOL - PARIS 18^e

Assemblée générale et Colloque de l'Association Nationale des Sages-femmes Libérales

ansfl.org● **13-14-15 MAI 2020**

LILLE

48^e Assises Nationales des Sages-Femmes - 31^e Session Européennecerc-congres.com● **2 JUIN 2020**

PARIS

Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France

cerc-congres.com● **10-11 JUILLET 2020**

PARIS - PALAIS DES CONGRÈS

1st International Congress of IVF centers - Quality in IVF centerscongres.eska.fr● **8-9 OCTOBRE 2020**PARIS 15^e23^e Journées de sénologie interactive Journées du Centre des Maladies du Sein de l'hôpital Saint-Louiscongres.eska.fr● **6-7 NOVEMBRE 2020**PARIS 15^e

Journées Jean Cohen Gynécologie - Obstétrique et Reproduction

congres.eska.fr● **27 NOVEMBRE 2020**

NEUILLY-SUR-SEINE

21^e Journée sur l'Assistance médicale à la procréation de l'hôpital Américain de Pariscongres.eska.fr

Paris

LES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE

2020

ANCIENNEMENT "JE SUIS LA SAGE FEMME"

Printemps 2020

ICM, Hôpital Pitié Salpêtrière,
47 Boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

Une réunion des Sages-Femmes et autres professionnels de la naissance

- PSYCHOLOGIE DE LA FEMME ENCEINTE
- PRATIQUES ET TECHNIQUES
- NOUVELLES APPROCHES DE L'ACCOUCHEMENT
- ÉCHOGRAPHIE
- ALLAITEMENT
- ANTISEPSIE ET DÉSINFECTION
- PÉRINÉE
- PRÉMATURITÉ
- MÉDECINE PÉRINATALE
- LES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES
- LA PRATIQUE LIBÉRALE
- LA PRATIQUE PMI
- LE RÔLE DES COORDINATRICES
- LA FORMATION ET LA REFORMATION DES SAGES-FEMMES
- MAÏEUTIQUE
- PÉDIATRIE
- SANTÉ PUBLIQUE
- SCIENCES HUMAINES
- HISTOIRE
- ACTUALITÉS ...



Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO.

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF, Cécile GROGNARD, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congres@eska.fr - Site : www.eska.fr



L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

HISTOIRE

1945

Création de l'Ordre des Sages-femmes par ordonnance du 24 septembre du Général de Gaulle avec attribution à un gynécologue-obstétricien.

1995

Simone Veil autorise la présidence aux sages-femmes.

C'est à partir de ce moment que beaucoup d'évolutions pour la profession ont eu lieu :

- **2004** > Loi de santé publique (contraception, déclaration de grossesse, examen postnatal).
- **2009** > Possibilité d'intégrer l'université; loi HPST5 contraception et suivi gynécologique pour toutes les femmes.
- **2011** > Loi de bioéthique (AMP, recherche).
- **2016** > Ouverture de l'expérimentation des maisons de naissance; IVG médicalementeuse, vaccinations de l'entourage...

POURQUOI

- Mission de service public.
- Assise de la légitimité professionnelle.
- Garant de la pérennité de la profession.
- Respect des règles de déontologie professionnelle.
- Garant des compétences des professionnel-le-s.
- Organe de référence pour les praticiens de santé, les pouvoirs publics, les usagers.

STRUCTURE

- Conseil national;
- 5 conseils interrégionaux;
- 101 conseils départementaux.

CONSEIL NATIONAL

Composition

- 5 sages-femmes ayant voix délibérative, élu-e-s par les conseils départementaux;

- 2 conseillers d'État (un titulaire, un suppléant) ayant voix délibérative;
- 3 représentants des ministères de l'Enseignement supérieur, de la Santé et de la Sécurité sociale avec voix consultative;
- et 18 salariés pour les domaines tableau, administratif, informatique, juridique, communication.

Rôles et missions

- Représentation et défense de la profession;
- Déontologie;
- Administratif;
- Gestion;
- Contentieux;
- Mission juridictionnelle (en parallèle et indépendante): chambre disciplinaire nationale (appel) et section des assurances sociales.

CONSEILS INTERRÉGIONAUX

- Au nombre de 5;
- Composés de sages-femmes titulaires et suppléantes élu-e-s par les membres des conseils départementaux situés dans le ressort de l'interrégion;
- Mandat de 6 ans renouvelé par moitié tous les 3 ans.

Missions

- Missions administrative, de coordination régionale;
- Mission de représentation dans les instances régionales;
- Mission juridictionnelle (en parallèle et indépendante): chambre de 1^{re} instance, section des assurances sociales.

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX

Composition

- Un par département;
- Présidé par une sage-femme, bureau devant comporter au minimum 1 président-e et un trésorier-e;
- Membres titulaires et suppléants;

- Élus par l'ensemble des sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre du département;
- Mandat de 6 ans, renouvelé par moitié tous les 3 ans.

Missions

- Veiller à l'observation des devoirs professionnels et des règles déontologiques;
- Défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession;
- Statuer sur les demandes d'inscription des sages-femmes voulant exercer dans le département;
- Procéder à la radiation des sages-femmes;
- Procéder au recouvrement des cotisations annuelles;
- Examiner les contrats d'installation et de remplacement;
- Autoriser ou non l'ouverture des cabinets multisites; y mettre fin si nécessaire;
- Organiser et procéder à la réunion de conciliation en cas de dépôt de plainte ou d'un conflit entre conçeurs;
- Organisation d'une Assemblée générale annuelle et de formations;

L'Ordre est un relais incontournable

- **Pour les sages-femmes, en apportant :**
 - Une structure de proximité;
 - Une connaissance de l'offre de soins;
 - Un lieu d'échanges;
 - Des actions de formation;
 - Être un interlocuteur des pouvoirs public;
 - Faire entendre la voix des sages-femmes.
- **Pour les usagers**
 - Garants de la moralité de l'indépendance et de la compétence des sages-femmes;
 - Respect des règles contenues dans le code de déontologie;
 - Coopération entre différents professionnels dans l'intérêt des usagers;
 - Informations relatives aux droits des usagers et à l'offre des soins. •

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 3 DÉCEMBRE 2019

COMMUNIQUÉ SUITE À L'AVIS RENDU PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dépistage prénatal de l'infection à Cytomégalovirus (CMV)

Le CNGOF a pris connaissance de l'avis de l'Académie de Médecine concernant le dépistage de l'infection à CMV pendant la grossesse.

Le CNGOF a pleinement conscience du problème lié à l'infection congénitale due au CMV et de ses conséquences, tant en termes de troubles auditifs que de troubles graves du développement.

La commission de médecine fœtale du CNGOF a rendu un avis concernant l'information à donner aux femmes enceintes et les mesures de prévention de cette maladie pendant la grossesse dès 2017.

Le CNGOF insiste sur la nécessité :

- d'informer les couples et d'enseigner les mesures de prévention qui sont efficaces, pour éviter la contamination pendant la grossesse, le plus tôt possible, idéalement avant la grossesse ;
- de mettre en place des campagnes d'information du grand public ;
- de discuter de la possibilité de réaliser des sérologies CMV avant ou au début de la grossesse, après information et discussion avec le couple des avantages et inconvénients, des conséquences et possibles difficultés d'interprétation des sérologies et de prise en charge, d'autant que les principaux facteurs de risque d'infection au CMV pendant la grossesse sont connus.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HSCP), reconnaissant le problème de santé publique lié à l'infection par le CMV pendant la grossesse, a émis en 2019 des recommandations qui, pour la plupart rejoignent la position du CNGOF. Cependant, la possibilité de recourir au dépistage systématique était exclue, qu'il soit anténatal ou postnatal. La raison principale est l'absence de preuves suffisantes de l'efficacité du traitement préventif de la transmission materno-fœtale ou curatif des fœtus infectés.

Le CNGOF maintient donc sa position et ne recommande pas le dépistage anténatal systématique étant donné :

- l'absence d'évaluation des effets positifs ou négatifs d'un tel dépistage et de l'absence d'évaluation médico-économique ;

- La difficulté de l'information ;
- Les possibles difficultés d'interprétation des sérologies et l'absence de possibilité de faire un diagnostic d'une infection secondaire (réactivation ou réinfection) à CMV. Le dépistage sérologie systématique, s'il était réalisé à toutes les patientes de France, ne permettrait de repérer que la moitié des infections congénitales.
- Le possible effet délétère d'une sérologie positive sur la prévention par les mesures d'hygiène.

En cas de négativité de la sérologie initiale, les mesures d'hygiène sont mieux appliquées par les patientes. En cas de positivité initiale, il y a un risque de levée de la prévention alors que des réinfections sont possibles. **La prévention par l'hygiène doit donc être systématique pour toute patiente, quel que soit le résultat des sérologies.**

- En l'absence d'études de haut niveau de preuve sur leur intérêt, le CNGOF ne recommande pas l'utilisation large des traitements anténatals (valaciclovir, immunoglobulines) en dehors d'essais thérapeutiques.

La situation nous semble différente pour le dépistage postnatal. Il n'est pas du ressort du CNGOF de s'exprimer sur une prise en charge pédiatrique. Cependant, ce dépistage néonatal permettrait de diagnostiquer toutes les formes d'infections congénitales, y compris celles issues d'infections secondaires qui représentent 50 % des cas. Cela permettrait également un éventuel traitement précoce, une surveillance et une prise en charge des troubles auditifs dès leur apparition, ce qui est fondamental.

Le CNGOF est pleinement conscient du problème majeur de santé publique qu'est l'infection congénitale à CMV, et de la nécessité de lutter contre ce virus. La possibilité de recourir à un dépistage anténatal dans les populations à risque après information doit se discuter avec le couple, mais le dépistage ne doit pas être systématique en l'absence de nouvelles données et de recommandations qui permettraient de le justifier selon les critères habituels de l'OMS. Le CNGOF soutiendra toute étude et toute démarche visant à l'amélioration des soins des patientes et de leurs fœtus, au fur et à mesure de l'avancée des données médicales.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 25 NOVEMBRE 2019

VIOLENCES CONJUGALES
Le HCE appelle à développer une véritable culture de la protection des victimes

Le Haut Conseil à l'Égalité rend public, ce jour, l'Avis « **Violences conjugales : pour une culture de la protection des femmes et des enfants** ».

Cet avis s'inscrit dans l'actualité de ce 25 novembre, jour de la présentation par le Premier ministre des 30 mesures de clôture du Grenelle contre les violences conjugales. Le HCE salue à cet égard la très grande mobilisation de l'ensemble des acteurs.rice.s depuis le 3 septembre 2019. La manifestation du 23 novembre a aussi montré le très fort engagement de la jeunesse.

Le HCE se félicite d'un certain nombre de mesures jugées indispensables : l'ouverture 24h/24 du numéro d'appel 3919, la création de 80 postes supplémentaires d'intervenant.e.s sociales, aux en commissariat et gendarmerie d'ici 2021, la prise en compte du suicide forcé dans le droit pénal, les audits sur l'accueil des femmes victimes de violences conjugales dans les commissariats et gendarmeries, le développement des espaces de rencontre protégée entre les enfants et le parent violent et la généralisation des Unités d'Accueil médico-judiciaires pédiatriques.

D'autres mesures essentielles doivent encore être précisées : les questions liées à l'aménagement de l'autorité parentale, l'interdiction de la médiation pénale ou familiale, l'hébergement des femmes en grand danger, pour lequel un accompagnement spécialisé doit être financé à la hauteur des besoins des femmes ; enfin, la définition du contenu et du volume des formations à l'égalité des enseignant.e.s, obligatoires depuis 2013, avec un module

Suite >

spécifique sur les violences faites aux femmes. Le HCE rappelle à cet égard qu'il est chargé de l'évaluation des politiques publiques de lutte contre les violences depuis 2013, et qu'il entend ici proposer un **nouvel outil permettant d'apprécier, tous les ans, les avancées réalisées et les manques persistants dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales**. Ce baromètre, fondé sur des indicateurs interministériels et construits par les acteurs de terrain, portera sur tout le parcours des femmes depuis la révélation des faits jusqu'à la sortie de l'emprise. Il s'appuiera sur les cinq fondamentaux issus de la parole même des femmes victimes :

- Quand les femmes révèlent des violences conjugales, elles ont besoin d'être crues. Pour ce faire, les **conditions d'accueil, le recueil de la déclaration**, estimant à sa juste mesure la dangerosité de l'agresseur, le délai de traitement et la réponse pénale, dont les défaillances viennent d'être mises en lumière par l'Inspection générale de la Justice, doivent être améliorés.e.s.
- Elles ont besoin d'être **protégées sans délai, via une mise en sécurité et des dispositifs de protection**. Les centres d'hébergement spécialisés et non-mixtes doivent être davantage soutenus, et les mesures de protection qui ont fait leur preuve, renforcées. Le nombre de TGD devrait ainsi être porté à 1 500.
- Elles ont besoin d'**accéder à des soins pour se reconstruire**. Les violences impactent la santé des victimes, que ce soit leur santé physique ou leur santé psychique. Les victimes, leurs enfants et leurs proches, doivent pouvoir accéder à une prise en charge spécifique, gratuite et accessible géographiquement.
- Elles ont besoin de pouvoir reprendre leur vie en main et pour cela d'un accompagnement global pour accéder ou ré accéder au logement pérenne et à l'autonomie financière, notamment via le travail.
- Enfin, **leurs enfants sont co-victimes des violences conjugales et doivent être considérés.e.s comme tel.le.s**. 143 000 enfants sont concerné.e.s par ces violences conjugales. Un traitement adapté de l'exercice de la parentalité est indispensable pour protéger la mère et les enfants.

Cet avis publié ce jour constitue la première étape du baromètre que le HCE proposera courant 2020. Il permettra de mesurer la mise en œuvre ainsi que les failles des politiques de lutte contre les violences conjugales et d'évaluer précisément les moyens mis en œuvre et les moyens jugés nécessaires pour une politique globale de lutte contre les violences conjugales.



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 6 DÉCEMBRE 2019

IMPLANT CONTRACEPTIF NEXPLANON**Renforcement des mesures de réduction du risque de migration notamment dans l'artère pulmonaire. POINT D'INFORMATION**

L'ANSM appelle à nouveau les professionnels de santé à la vigilance sur le risque de lésions neuro-vasculaires au site d'insertion et de migration de l'implant contraceptif Nexplanon dans les vaisseaux sanguins et dans le thorax. Cette alerte fait suite à la première lettre d'information diffusée en 2016 ainsi qu'à l'aboutissement de la procédure d'arbitrage européen lancée en juillet 2019 par l'ANSM, au regard de nouvelles déclarations de migration. Le renforcement des mesures de réduction de ce risque vise notamment l'information des professionnels de santé sur la procédure d'insertion/retrait de l'implant et des femmes déjà porteuses, ou pour lesquelles la pose est envisagée.

Nouvelles mesures d'information des professionnels de santé et des femmes

Dans les prochaines semaines, une lettre sera adressée aux professionnels pour rappeler l'existence d'un **risque de lésions neuro-vasculaires au site d'insertion** (pouvant se manifester par des fourmillements ou des troubles de la sensibilité dans la main) et de migration de l'implant notamment dans l'artère pulmonaire, potentiellement liés à une insertion profonde ou incorrecte de Nexplanon. Les femmes devront être informées de ces risques en amont de la consultation de pose. Les modalités de pose ou de retrait de l'implant seront également réprécisées.

Ainsi, l'implant devra être inséré à la face interne du bras non dominant, juste sous la peau et le nouveau site d'insertion se situe en regard du triceps, à environ 8 à 10 cm de l'épicondyle médial de l'humérus et 3 à 5 cm postérieur sous le sillon qui sépare le biceps du triceps.

En complément de ce rappel, les femmes se verront remettre au moment de la pose de l'implant, une carte patiente complémentaire à la notice, les invitant à vérifier une à deux

fois par mois la présence de l'implant et à contacter rapidement leur médecin ou leur sage-femme si elles ne le repèrent plus au toucher.

D'ici là, l'ANSM invite toutes les femmes porteuses d'un implant contraceptif Nexplanon à s'assurer par une palpation délicate qu'il est bien en place. Dans le cas contraire une consultation médicale doit être programmée.

Par ailleurs, l'ANSM recommande vivement aux professionnels de santé de se former en présentiel à la pose de ces implants.

Données de pharmacovigilance disponibles

L'ANSM rappelle que Nexplanon est un médicament contraceptif contenant de l'étonogestrel qui se présente sous la forme d'un petit bâtonnet inséré juste sous la peau vers l'intérieur du bras. Chaque année, environ 200 000 femmes ont recours à Nexplanon, seul implant contraceptif commercialisé en France.

En 2016, les premiers signalements de pharmacovigilance sur la migration de cet implant, notamment dans l'artère pulmonaire, ont conduit à la mise en place de plusieurs mesures de réduction de ce risque au plan national et européen. Une lettre d'information a été envoyée aux professionnels de santé pour les informer du risque et leur rappeler l'obligation de se former à la pose et au retrait de ce type d'implant, en privilégiant la formation en présentiel qui permet de s'exercer en pratique.

En février 2019, deux enquêtes de pharmacovigilance portant sur le risque de migration dans l'artère pulmonaire et de lésions neuro-vasculaires au site d'insertion ont montré ^[1] qu'en dépit de ces mesures le nombre de signalements de migration dans l'artère pulmonaire en 2017 était d'environ 3,17 pour 100 000 insertions. Par ailleurs des informations issues des professionnels de santé ont fait apparaître que le risque de migration de l'implant restait peu connu des

professionnels concernés et des femmes. A ce jour, 30 cas de migration d'implants Nexplanon dans l'artère pulmonaire ont été signalés à l'ANSM depuis mai 2001 [2]. La cause exacte de ces migrations n'est pour l'instant pas identifiée. Une des causes pourrait être une insertion trop profonde au moment de la pose, conduisant au positionnement de l'implant directement dans un vaisseau sanguin. Une autre hypothèse serait que la migration survient à distance de la pose, à la suite d'un choc ou à la répétition de certains mouvements. Une particularité anatomique n'est pas non plus exclue.

L'ANSM maintient une surveillance accrue de l'implant Nexplanon et invite les professionnels de santé et les femmes à déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de leur Centre Régional de Pharmacovigilance sur le portail des vigilances : www.signalement-sante.gouv.fr.

[1] Réunion du Comité technique de Pharmacovigilance du 26/02/2019.

[2] Données au 30/10/2019.



PLUS D'INFORMATIONS :

<https://www.ansm.sante.fr/>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 13 DÉCEMBRE 2019

ONDANSÉTRON (ZOPHREN® ET GÉNÉRIQUES)

Nouvelles données sur le risque de malformations congénitales après exposition in utero au cours du premier trimestre de grossesse. LETTRE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Information destinée aux oncologues, hématologues, anesthésistes réanimateurs, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, sages-femmes, médecins généralistes, pharmaciens d'officine et pharmaciens hospitaliers.

Des études sur l'utilisation de l'ondansétron chez des femmes enceintes montrent que ce médicament, indiqué au cours de certaines chimiothérapies et radiothérapies dans la prévention et le traitement des nausées et vomissements, est susceptible de provoquer un léger sur-risque de malformations du visage

(becs-de-lièvre et fente palatine) chez les enfants exposés durant le premier trimestre de la grossesse (3 cas additionnels pour 10 000 femmes enceintes exposées).

Suite à une évaluation de l'ensemble des données de la littérature scientifique et des cas de pharmacovigilance, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a procédé à une modification de la notice et du résumé des caractéristiques du produit (RCP) des spécialités à base d'ondansétron afin de faire figurer ce risque. En conséquence, dans le cadre de ces indications, l'ondansétron ne doit pas être prescrit pendant le premier trimestre de la grossesse et d'autres alternatives thérapeutiques sont à privilégier durant cette période.

LETTRE AUX PROFESSIONNELS À TÉLÉCHARGER :

https://www.ansm.sante.fr/content/download/170545/2228841/version/1/file/DHPC_191213_Ondansetron.pdf



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 27 NOVEMBRE 2019

MAMMOGRAPHIE PAR TOMOSYNTHÈSE

Des questions à traiter avant une éventuelle intégration dans le dépistage organisé du cancer du sein

La HAS mène actuellement une évaluation afin de se prononcer sur l'intérêt d'intégrer la mammographie par tomosynthèse dans le dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes à risque modéré. En préalable, elle a analysé ce que les études internationales fournissent comme connaissances sur la performance de la mammographie par tomosynthèse et identifié toutes les questions soulevées par son intégration au dépistage organisé en France. Elle publie ce travail intermédiaire et initie dès à présent un second volet qui répondra à ces questions.

Aujourd'hui en France, dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, **chaque femme âgée de 50 à 74 ans est invitée tous les deux ans à réaliser une mammographie et un examen clinique chez un radiologue agréé.** Cette mammographie est prise en charge à

100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais. Pour 1 000 femmes participant à ce dépistage, 7,5 cancers ont été détectés en 2016, soit un total de 39 000 femmes concernées.

Par sécurité, les mammographies jugées normales sont revues systématiquement par un second radiologue expérimenté, ainsi

environ 6 % [1] des cancers du sein détectés chaque année dans le cadre de ce programme sont identifiés lors de cette seconde lecture.

La tomosynthèse est une technique d'imagerie qui, appliquée à la mammographie, permet d'obtenir un cliché numérique reconstitué en trois dimensions à partir d'images *Suite >*

du sein obtenues sous différentes coupes (ou projections). Cette technique est indûment présentée parfois sous le nom de « mammographie 3D » mais en réalité l'appareil ne tourne que de façon limitée autour du sein et l'image totale de celui-ci est reconstruite grâce à un algorithme mathématique à partir des projections obtenues.

Ces dernières années, les radiologues se sont équipés d'appareils de mammographie par tomosynthèse notamment pour réaliser des dépistages du cancer du sein, sans que la pertinence d'intégrer cette technologie dans le cadre du dépistage organisé n'ait été évaluée.

C'est dans ce contexte que l'Institut national du cancer (INCa) a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) en vue d'évaluer les risques potentiels de cette technique et l'intérêt de l'intégrer dans le dépistage organisé du cancer du sein.

La HAS publie aujourd'hui un premier travail (volet 1) qui fait **le point sur ce que les études internationales nous apprennent de la performance de cette technologie.**

Parmi les marqueurs de performance du dépistage, le taux de détection des cancers (in situ et invasifs)^[2] serait amélioré. Cette technologie soulève cependant plusieurs interrogations, en particulier sur :

- Le bénéfice à introduire la mammographie par tomosynthèse dans le dépistage organisé ;
- La sécurité liée à la dose d'exposition aux rayons X ;
- L'homogénéité de performance d'une machine à une autre ;
- Les conditions de mise en œuvre de la double lecture.

Ces questions sont examinées dans le volet 2 de l'évaluation de la HAS en vue de se prononcer sur l'intérêt d'intégrer la mammographie par tomosynthèse dans le dépistage tel qu'il est organisé en France et sur la place à laquelle il faudrait, le cas échéant, la positionner. Cette deuxième partie de l'évaluation devrait être publiée en fin d'année 2020.

[1] *Source* : Dossier de presse de l'INCa - Dépistage du cancer du sein, apporter une information claire pour leur permettre de décider de leur participation, 14 septembre 2018.

[2] On parle de cancer in situ lorsque les cellules cancéreuses demeurent dans la couche de tissu dans laquelle elles se sont développées, par différence avec un cancer invasif, ou infiltrant, quand les cellules cancéreuses envahissent les tissus voisins.



PLUS D'INFORMATIONS :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/presse_dp_evaluation_mammographie_tomosynthese.pdf

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 17 DÉCEMBRE 2019

La vaccination anti-HPV est enfin également proposée aux garçons en France

La Haute Autorité de Santé (HAS) vient de recommander la vaccination des garçons de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans.

La Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV) soutient depuis plusieurs années cette **extension de vaccination anti-HPV aux garçons** et se félicite de cette recommandation.

L'efficacité du vaccin anti-HPV est aujourd'hui démontrée ; dans les pays ayant atteint une large couverture vaccinale, on rapporte une réduction massive des lésions précancéreuses du col. Ces résultats font prédire la quasi-disparition des cas de cancer du col dans ces pays. Par ailleurs, il faut rappeler que l'infection à HPV n'entraîne pas que des lésions du col de l'utérus. Elle est aussi responsable de **lésions bénignes (verruves génitales) et de lésions précancéreuses et cancéreuses du vagin, de la vulve, mais aussi du pénis, de l'anus et de l'oropharynx.**

Les filles ne sont donc pas les seules à être concernées et les garçons ont donc eux aussi un bénéfice à se faire vacciner.

Dans ce contexte, l'extension de la vaccination des garçons devrait permettre de :

- Casser la chaîne de contaminations et de réduire l'incidence des femmes infectées par l'HPV ;
- Protéger les garçons eux-mêmes des lésions HPV induites, qu'elles soient bénignes (verruves génitales) ou malignes (cancer du pénis, de l'anus et de l'oropharynx) ;
- Augmenter l'adhésion de la vaccination anti HPV en général en ne limitant plus la cible au seul cancer du col utérin.

Actuellement, avec une couverture des jeunes filles atteignant seulement 24 %, **la France est très en dessous des objectifs fixés par le plan cancer à 60 %, très loin derrière nos pays voisins.** La SFCPCV rappelle aussi que si l'extension de la vaccination anti-HPV aux garçons est indispensable, il est également impératif d'augmenter la couverture vaccinale des jeunes filles.

À PROPOS DE LA SFCPCV

La Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale est une association née en France en 1977 et régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. L'association regroupe tous les praticiens de santé qui s'intéressent à la prévention du cancer du col de l'utérus. Son but est d'émettre des recommandations concernant le dépistage du cancer et des lésions précurseurs du col utérin, la pratique de la colposcopie, la prise en charge des lésions dépistées. La SFCPCV participe majoritairement à l'enseignement de la colposcopie et de la pathologie cervico-vaginale en France. Elle a pour objectif de mettre en œuvre une assurance qualité dans la prise en charge des précurseurs du cancer du col mais aussi d'étendre l'influence de l'école Française dans les pays francophones en Europe et dans le monde en collaboration avec la Fédération Européenne de Colposcopie (EFC) et la Fédération Internationale (IFCPC).

Site Internet : <http://www.societe-colposcopie.com/>

LIEN POUR ACCÉDER À LA VIDÉO QUESTIONS/RÉPONSES À DESTINATION DU GRAND PUBLIC :

<https://sfcpcv.e-congres.com/fr/#session-grand-public>

Progrès de la télésurveillance obstétricale

Advances in obstetric telemonitoring: a systematic review

BACKGROUND

Obstetric telemonitoring can improve gestational care, reducing the need for travel, and can be used in different contexts to enable early detection of complications and prevention of intercurrences, providing local intervention before hospitalization.

OBJECTIVE

This paper aims to identify advances, contributions and limitations of obstetric telemonitoring using mobile technologies.

METHODS

A systematic review was performed on the Pubmed, Medline, LILACS, Cochrane, Scielo, Embase, ACM Surveys, and IEEE databases, from 2008 to 2018. PRISMA and CASP were used to analyze methodological rigour.

RESULTS

26 papers were included. The majority of the studies related to pregnant women, prenatal care, high-risk pregnancies and homecare. Only 2 articles related to post-partum and none related to

delivery. Among the technological resources, the articles presented smartphone applications, which interact with external telemonitoring devices (such as electrodes attached to the body and thermometers) or request information about maternal and/or fetal health status.

Based on those devices, decision-making by health professionals is more reliable, since data is obtained by digital devices that have a greater accuracy.

The variety of studies is enormous and achieve promising results. However, there are still important gaps to be addressed. Many studies only cover isolated aspects of maternal health, e.g. blood pressure, which somehow limits clinical decision-making. All authors have described concerns about usability, but not all of them had actually performed usability tests.

Interventions through obstetric telemonitoring can be applied to a wide range of domains, at various levels of healthcare complexity. There are still few investments in studies in developing countries, where maternal and fetal morbidity and mortality are higher.

CONCLUSION

The area of obstetrical telemonitoring has a great potential for contributing with better gestational outcomes, early detection of complications, prevention of intercurrences, providing local intervention even before hospitalization. Development of obstetric telemonitoring systems which collect complete obstetric parameter integrated with the periods of childbirth and postpartum is recommended.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Advances: progress - *Improve*: améliorer - *Intercurrences*: interférences - *To enable*: pour permettre - *Providing*: en fournissant - *Devices*: dispositifs - *Reliable*: fiable - *Accuracy*: précision - *Achieve*: atteindre - *Somehow*: en quelque sorte - *Wide*: vaste.

Danielle Santos Alves, Valéria Cesário Timesb, Érika Maria Alves da Silva, Priscila Santos Alves Melo, Magdala de Araujo Novaesd

INTERNATIONAL JOURNAL OF
MEDICAL INFORMATICS 134 (2020)
104004

Association entre les fausses couches de la fin du deuxième trimestre et l'histologie placentaire et les résultats de l'autopsie

Association of late second trimester miscarriages with placental histology and autopsy findings

OBJECTIVES

To describe the placental histology and autopsy findings in pregnancies where fetal demise occurred before a gestational age of 22 weeks.

STUDY DESIGN

This study was a subset of a larger study where the effect of alcohol exposure

during pregnancy on stillbirths was studied. In a prospective cohort, 7,010 singleton pregnancies were followed from the first antenatal visit until infant one year of age visit. Gestational age was assessed by ultrasound, preferably at the first antenatal visit. All pregnancy losses were identified and when the fetuses delivered at or after a gestation of 20 weeks, the mother or parents were

approached for consent for autopsy. This study describes the placental pathology and findings at autopsy in losses before 22 weeks gestation (late second trimester miscarriages).

RESULTS

Fourteen cases were identified in which 13 had an autopsy and 12 had a histological examination of the placenta.

The most prevalent histological abnormality was placental abruption which was seen in 6 miscarriages, occasionally on its own, or in combination with maternal vascular malperfusion or acute chorioamnionitis.

The second most frequent finding was maternal vascular malperfusion, as found in five placentas, alone or in combination with other pathology. The third most frequent pathology was acute chorioamnionitis, found in four placentas, in combination or alone.

Other causes were diffuse chronic villitis due to cytomegalovirus infection and early amnion rupture with anhydramnios and cord obstruction.

CONCLUSIONS

Causes of fetal demise at the end of the second trimester differ little from causes of stillbirth. There is value in using placental histology in late second trimester miscarriages to try to identify the cause of demise.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Miscarriages : fausses couches - *Demise* : décès - *Occurred* : sont survenus - *Subset* : sous-partie - *Stillbirths* : mortinatalité - *Assessed* : évalué - *Losses* : pertes - *Placental abruption* : décollement placentaire - *On its own* : par lui-même - *Acute* : aigu.

Hein Odendaal, Colleen Wright, Lucy Brink, Pawel Schubert, Elaine Geldenhuys, Coen Groenewald

EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY 243 (2019) 32 – 35

Prévalence et facteurs de risque associés de l'incontinence urinaire et de la dyspareunie pendant la grossesse et après l'accouchement

Prevalence and associated risk factors of urinary incontinence and dyspareunia during pregnancy and after delivery

OBJECTIVE

The objective of this study is to estimate the prevalence of dyspareunia and stress urinary incontinence (SUI) during pregnancy and after delivery, in addition to evaluating possible associated risk factors.

STUDY DESIGN

A cross-sectional study was conducted in 2016 with the target population being women who had given birth within the previous 12 months (n = 6436) in Galicia (Spain). Information was collected regarding the mother's status 6 months before pregnancy, during pregnancy, at the time of delivery, and at the time of the survey. The prevalence of SUI and dyspareunia were estimated and regression models were performed to identify variables associated with both pathologies.

RESULTS

The prevalence of SUI and dyspareunia after delivery were 20.4 % (CI95 %: 19.2 – 22.0) and 23.4 % (22.3 – 24.8), respectively. The presence of dyspareunia during pregnancy (adjusted prevalence ratio PR 2.1), breastfeeding (PR 1.2), and having a history of episiotomy (PR 1.3) were all variables associated with the presence of dyspareunia after delivery. SUI after delivery was related to the mother's history of SUI before pregnancy (PR 2.4) and during pregnancy (PR 2.0), as well as having undergone vaginal delivery (PR 2.0).

CONCLUSION

Knowing which factors are associated with the manifestation of SUI and dyspareunia in women after delivery is useful for identifying susceptible or "at risk" patients. These variables should be included in the clinical history of every pregnant woman.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Cross-sectional study : étude transversale - *Target population* : population cible - *Within the previous 12 months* : dans les 12 derniers mois - *Both* : les deux/ensemble.

Rita Novo, Monica Perez-Rios, Maria Isolina Santiago-Pérez, Haylie Butlera, Alberto Malvar, Xurxo Hervada

EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY 245 (2020) 45 – 50



FORMATIONS ANSFL 2020

Organisme de formation enregistré sous le n° 93 05 00814 05

Tarifs, dates, adhésion: www.ansfl.org - formation@ansfl.org

Toutes nos formations peuvent être organisées en "groupe constitué" dans votre région

Échographie et examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale

Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénédal (Biologiste)

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

L'installation en libéral

Intervenante : Laurence Platel (SF).

Date et lieu: 3-4 avril 2020 à Angers (49)

La pratique libérale: cadre réglementaire et cotations

Intervenante : Laurence Platel (SF).

Date et lieu: 18 fév. 2020 à Bourg en Bresse (01) - 20 février à Gap (05)

L'accouchement normal, accompagnement de la physiologie et interventions médicales

Intervenante : Jacqueline Lavillonnière

Date et lieu: 12-13-14 mai 2020 à Embrun (05)

Les Consultations de Grossesses physiologiques

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu: 5-6 juin 2020 à Lunéville (54)

Faciliter l'Evidence Based Midwifery (EBM)

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu: 7-8 mai à Paris (18°)

La sexologie dans l'accompagnement de nos patientes et de leurs conjoints

Intervenante : Nicole Andrieu (SF)

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

Session II: 10 février 2020 à Lille (59)

19 février 2020 à St Etienne (42)

Toutes nos formations: FIF-PL

Contact: Martine Chayrouse

Tél.: 07 82 19 11 59

Eutonie: rééducation en postnatal

Intervenante : Martine Gies (SF)

• Session I: Découverte

Date et lieu: 2-3 avril 2020 à St Germain Mont D'Or (69)

• Session II: Les pathologies urinaires (Pré requis: session I)

Date et lieu: 13-14 janvier 2020 à Rouen

• Session III: Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis: session II)

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

• Session IV: Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre (Pré requis: session III)

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

La consultation du nourrisson

Prévention, éducation en santé primaire

Intervenante : Jacqueline Lavillonnière

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

Accompagnement vers la naissance et la parentalité

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

• Session I: Prénatal

Dates: 12-13 mars 2020 à Marseille (13)

• Session II: Postnatal

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

L'accouchement normal, accompagnement de la physiologie et interventions médicales

Intervenante : Jacqueline Lavillonnière

Date et lieu: 12-13-14 mai à Embrun (05)

L'ANSFL vous propose des formations "sur mesure" selon vos besoins de réflexions et les situations que vous pouvez rencontrer dans votre pratique quotidienne. Analyse de pratique, rédaction, mise en page de documents et diffusion, retour sur expérience (REX) en utilisant une grille d'analyse de causes.
Intervenante : Amélie Battaglia (SF)



INSTITUT NAISSANCE & FORMATIONS

Se former, c'est avancer

CONNAISSANCE & MAÎTRISE DU PÉRINÉE
Rééducation périnéale féminine par l'art du TV de Dominique Trinh Dinh

3 jours

Eutonie en rééducation périnéale féminine

NOUVELLES FORMULES

CMP - Programme de base
2 x 3 jours - Pratiques sans TV

Modules d'approfondissement
2 jours - Pratiques sans TV

- Module Pathologies ano-digestives
- Module PTAE pathologiques
- Module Pathologies urinaires
- Douleurs et violences : la femme en souffrance

3 jours

Sexualité et rééducation périnéale féminine

CMP Niveau 1
2 x 4 jours
Pratiques avec TV

3 jours

Travail corporel en rééducation périnéale féminine

2 jours et demi

Émotions et relations soignantes-soignée
"à la découverte des fleurs de Bach"

Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Prise en charge possible
DPC - FIF PL - Kairos
FSSF - Datadocké

N'hésitez pas à contacter
Jocelyne Dallem

+33 (0) 3 89 62 94 21
cmp.info@free.fr
2a rue du Paradis
68190 Ungersheim

Visitez notre site pour connaître les dates des formations et vous inscrire en ligne
www.institutnaissanceetformations.fr

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser :

AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT.

✉ congres@eska.fr



Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale

Sexologie, Rééducation et périnée



Rééducation périnéale manuelle et corporelle



3 jours

Rééducation périnéale



4 jours

Rééducation périnéale approfondissement



3 jours

Périnée, mouvement et danse



3 jours

Sexologie Niveaux I et II



3 jours

Eutonie en rééducation périnéale



4 jours

Ostéopathie, traitement des dysfonctions périnéales



3 jours

Prise en charge et techniques applicables aux vulvodynies et au vaginisme



3 jours

Prise en charge des patientes présentant une mutilation sexuelle



2 jours

Retrouvez les programmes, lieux et dates sur www.medicformation.fr

FORMATIONS EN INTRA

Nos formations peuvent être organisées au sein de votre établissement et adaptées à vos besoins.

NOUS CONTACTER POUR UN DEVIS



Medic Formation - Email : contact@medicformation.fr - Site : www.medicformation.fr - Tél : 01 40 92 72 33

N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ODPC 1251 - Agréé DOKEUO/ Intercaif-oref Réf : OF-11646 - Référencé Datadock 005 70 55

sonicaid[®] Team 3

La nouvelle génération de
cardiotocographes ante et intrapartum



Prise en charge des triplés



Archivage des tracés
Base de données patientes



Ecran tactile intuitif
Double affichage numérique ou tracé



Paramètres maternels
Surveillance RCM, PNI, SpO₂



Analyse OXFORD

Système expert breveté et exclusif d'aide à la décision. Critères de Dawes & Redman. Base de données de 100 000 tracés CTG.



TECHMED

Le spécialiste du monitoring foetal

Retrouvez-nous sur www.techmed.fr ou contactez-nous au 01 48 03 88 88

8 rue de l'Hôpital Saint-Louis 75010 Paris - Tél : 01 48 03 88 88 - info@techmed.fr



GRANDIR NATURE

votre partenaire de confiance
pour accompagner les allaitements

NUMÉRO DÉDIÉ AUX PROFESSIONNELS



03 88 50 07 99

**Ensemble, œuvrons pour que chaque allaitement devienne
une expérience unique et une source de bien-être.**

Grandir Nature propose une large
sélection de tire-lait électriques*,
livrés gratuitement partout en France,
pour répondre aux besoins des mamans.



Valérie et Laura,

nos consultantes en lactation
IBCLC, nos équipes de conseillères
formées et passionnées sont
à votre disposition :

 consultante-lactation@grandir-nature.com



GRANDIR NATURE

aider les mamans

NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833



www.grandir-nature.com

www.leblogallaitement.com

* Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.
LPPR : code 1129440 (7,50€) pour la location hebdomadaire; code 1140252 (12€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné n° FINESS 672656030